

病歷號：
姓名：
生日： 年 月 日

小兒部直腸切片說明暨同意書

小兒部直腸切片說明書

這份說明是有關您即將接受的手術（或醫療處置）的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充份了解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術（或醫療處置）的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

一 檢查前注意事項：禁食4~6小時

二 檢查後注意事項

1. 檢查完後三天需密切觀察肛門出血情形，如有大量出血請立即至本院急診
2. 檢查後三天內禁做肛門的侵入性治療，包括灌腸
3. 檢查後由醫師約診於門診查看檢查結果

醫療處置之適應症及做法

一 適應症

診斷巨結腸症或嗜伊紅性腸炎

二 作法

此檢查在不需麻醉的情況下即可進行，我們將一支細長的“直腸吸取切片槍”伸入肛門，在所要求的深度做“吸取切片”，所切下的組織僅有米粒大小，深度只有到直腸粘膜下層，因此傷害極小。

醫療處置效益（經由此醫療處置，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項，且醫療處置效益與風險性之間的取舍仍由您決定。）

1. 診斷巨結腸症或嗜伊紅性腸胃炎需要有組織切片才能確認，其中最常用與最方便的是直腸粘膜吸取切片檢查。
2. 醫療處置成功率：除少數人因無法配合檢查，或檢查前腸道準備不完全（直腸肛門仍有大量糞便）而無法完成外，成功率幾乎百分之百，如無法完成，宜安排複檢或其他檢查。

醫療處置風險（沒有任何醫療處置是完全沒有風險，以下所列的風險已被認定，但是仍然有可能有一些醫師無法預期的風險未列出）

病歷號：
姓名：
生日： 年 月 日

小兒部直腸切片說明暨同意書

(小兒部心臟去顫及心律整流術說明書承上頁)

檢查後三天內禁做肛門侵入性治療,包括灌腸等. 若發現病童解便時有大量流血情形,請立即至本院急診求治.

替代方案(這個醫療處置的替代方案如下,如果您決定不施行這個醫療處置,可能有危險,請與醫師討論您的決定)

1. 無替代方案
2. 不實施醫療處置可能的後果：可能無法藉由早期診斷進行進一步處置與治療

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋： (如無，請填寫無)

說明醫師： (醫師簽章需先於病人簽署同意)
日期：民國 年 月 日 時間： 時 分

小兒部直腸切片同意書

病人_____，西元_____年_____月_____日生，因診斷及治療需要，建議直腸切片術。立同意書人對於施行該項術式的原因、過程、效益、替代方案、可能發生的併發症及危險，業應貴院有關醫師詳細說明均已充份了解且同意由貴院施行該項術式或醫療處置。
本人(或家屬)已經仔細閱讀過本文件，經必要的詢答之後，已充分了解其內容並同意遵守。

立同意書人： (簽章) 身分證字號：
與病人之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：_____
住址： 電話：
日期：民國 年 月 日 時間： 時 分

(1. 如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2.若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。3.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，醫療緊急情況得由二名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可，得由警消人員、社工或志工或院內警衛簽署見證。)

見證人 1： (簽章) 見證人 2： (簽章)

見證人 1 身份證字號： 見證人 2 身份證字號：

日期：民國 年 月 日 時間： 時 分

副本交付人(院方)： 簽收人(病人方)：
日期：民國 年 月 日 時間： 時 分