

病歷號：
姓 名：
生 日： 年 月 日

小腸鏡說明暨同意書 (經口側)

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

小腸鏡說明書(經口側)

這份說明書是有關您即將接受的小腸鏡的效益、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瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對小腸鏡的任何疑問，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：

- (1) 如有服用抗凝血藥物、懷孕、藥物過敏、心臟病、高血壓、特異體質、結核病、肝硬化、慢性肝炎、腎臟病、愛滋病或其它傳染病，請主動告訴醫師。
- (2) 有無過去重要病史：過去無重大疾病、青光眼、攝護腺肥大
或藥物過敏，藥名
或心臟病(含心律不整)、人工瓣膜、人工血管、人工心律調節器
或肺臟疾病：氣喘
或其他疾病：請註明
或使用特殊藥物：如抗凝血劑、Aspirin 等
- (3) 經口側小腸鏡檢查前使用之注射藥物包括 Meperidine, Butylscopolamine 可能會有頭暈、噁心、口乾、視力模糊或心悸等暫時性之副作用。

※飲食注意事項：

* 原則上檢查前一日晚上 12 點以後禁食一切食物及水，此外請聽從醫師依照病情之安排。若有高血壓藥物請在檢查當天早上 5 點前服用。糖尿病患者請勿服降血糖藥物或注射胰島素。

二、檢查後注意事項：

1. 檢查完畢後，醫護人員會協助監測體溫、血壓、心跳、呼吸等生命徵象。並請家屬協助注意腹痛、血便、黑便、發燒等可能併發症之症狀。何時恢復經口進食請聽從醫師依照當時病情之建議。

小腸鏡檢查之適應症及作法：(簡述)

適應症：

1. 懷疑小腸腫瘤(腸癌、淋巴瘤、間質瘤等等)或小腸息肉病變(Peutz-Jeghers syndrome、腺瘤等等)。
2. 不明原因消化道出血之診斷與內視鏡治療；懷疑小腸出血病兆。
3. 小腸狹窄；小腸潰瘍，例如克隆氏症 (Crohn' s disease)、巴賽氏症(Behcet' s disease)、腸結核感染症。
4. 小腸發炎性疾病；嗜伊紅性白血球腸炎；小腸血管炎；小腸放射性腸炎；缺血性腸炎。
5. 小腸異物或小腸寄生蟲感染症。
6. 不明原因慢性腹痛；不明原因慢性腹瀉；懷疑蛋白流失性腸病變。
7. 腸道整形重建術後特殊腸道之內視鏡診斷、治療、膽道取石術或治療。

一份病友收執，一份夾存病歷

病歷號：
姓 名：
生 日： 年 月 日

小腸鏡說明暨同意書 (經口側)

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

(小腸鏡說明書(經口側)承上頁)

過程：

醫師會先為您施打靜脈鎮靜藥物，在中度麻醉下作小腸內視鏡之診斷與治療。視病情需要而決定經由口側或經由肛門側開始檢查小腸。視病情需要可能需自費使用氣囊外套管以利內視鏡能更加深入小腸。藉由傳統「推進式」小腸鏡或氣囊輔助性「推--拉」式小腸鏡，醫師將可以仔細檢查小腸並給予適當的治療。

檢查過程醫護人員會全程監測血壓心跳與呼吸狀態。檢查過程中，如遇腸道彎曲小腸鏡不易進入的情況，醫師會適當使用 X 光透視攝影以協助小腸鏡插入過程。

依照小腸鏡內視鏡檢查結果，醫師會在您及家屬同意之下當場作適當治療，包括病理切片檢查、小腸內視鏡止血術等等。此外若有需要，醫師會在當次檢查小腸最深入處作小腸染色標記以利後續經另一側再度小腸鏡檢查或後續腹腔鏡手術定位。

小腸鏡檢查之效益：(經由手術/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；且手術/醫療處置效益與風險性間的取捨，仍由您決定。)

1. 小腸內視鏡診斷。
2. 小腸鏡病理切片與診斷；小腸鏡切片細菌培養。
3. 小腸鏡止血治療；小腸鏡息肉切除術；小腸鏡染色標記定位；小腸鏡異物取出術；小腸內視鏡腸道狹窄氣球擴張術、經小腸鏡膽道取膽道結石術或治療。
4. 小腸鏡檢查之成功率：不明原因腸道出血之診斷率約七成。

小腸鏡檢查之風險：(沒有任何手術/醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

1. 診斷性小腸鏡風險約 0.4%-0.8%
2. 治療性小腸鏡風險約 3%-4%
3. 風險包括麻醉風險、小腸穿孔破裂、出血、急性胰臟炎、感染等等。
- 2.

替代方案：(如果您決定不施行小腸鏡檢查，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。)

1. 小腸疾病之診斷：小腸鋇劑 X 光攝影、膠囊內視鏡(只能診斷、無法切片或治療)。紅血球核醫掃描。電腦斷層掃描。
2. 小腸出血之治療：靜脈注射藥物止血、血管栓塞術止血、手術止血。
3. 手術。
4. 不實施醫療處置可能的後果：診斷與治療需靠其他診治項目。

*可能無法準確診斷而影響處置及治療結果。

*可能無法獲得此項治療術提供之低侵襲性治療方式之好處。

一份病友收執，一份夾存病歷

病歷號：
姓 名：
生 日： 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院
National Taiwan University Hsin-Chu Hospital

小腸鏡說明暨同意書 (經口側)

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 3 頁

(小腸鏡說明書(經口側)承上頁)

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

小腸鏡同意書

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，因患_____，需接受小腸鏡檢查治療。立同意書人已經與醫師討論過接受這個手術或醫療處置的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行該項術式或醫療處置。

1. 僅做檢查

2. 進行檢查及必要之處置及治療(包含切片檢查、息肉切除、止血等)

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，得由警消人員、社工或志工簽署見證；醫療緊急情況得由2名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。)

見證人 1：

(簽章) 見證人 2：

(簽章)

見證人 1 身分證字號：

見證人 2 身分證字號：

日期：民國

年

月

日

時間： 時

分