



內視鏡檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容、填寫完畢並簽名繳回

第 1 頁，共 4 頁

身分證字號：

姓名：

生日： 年 月 日

電話：

這份說明是有關您即將接受【內視鏡檢查】的效益、風險的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。我們希望您能充分了解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果閱讀後您對【內視鏡檢查】還有任何疑問，請在簽名前再與醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為您的健康努力。

一、檢查別： 無痛大腸鏡檢查 胃鏡檢查 直腸鏡檢查

二、門診評估及建議（若有下述情形未確認時，請回診所與醫師討論）

1. 女性貴賓請避開生理期(前後 3-5 天)，疑似懷孕或已懷孕請主動告知服務人員。

2. 過去重要病史(含高血壓、糖尿病)及評估，請詳閱確定後再勾選： 無 有

若有或疑似有以下任何病史、愛滋病或其他法定傳染病，請主動告知護理人員及醫師

心臟疾病(含心律不整)病名_____ 裝有心律調節器 裝有心臟支架

正在服用抗凝血或抗血小板藥物(請詳填下方第 3-1 點) 高血壓

糖尿病(請詳填下方第 3-2 點) 肺結核 肺栓塞 慢性氣管炎

肺氣腫 支氣管擴張 塵肺症 氣喘(請攜帶氣喘用藥)

肝功能異常 肝硬化 青光眼 攝護腺肥大 腎功能異常

腎病症候群 腎臟炎 尿毒症 癌症_____ 血友病

其他特殊疾病_____ 藥物過敏 藥名：_____

胃腸疾病 腹部創傷病史 手術：_____ 近期身體不適

3. 腸胃鏡檢查停藥、用藥指示：若未依指示停、用藥，可能使檢查無法進行。

(1.) 【抗凝血或抗血小板藥物】： 無 有服用，停藥(含檢查當日)，共 3 日藥名：

Aspirin 阿斯匹林 Plavix 保栓通 Coumadin 可邁丁、或_____

(2.) 【降血糖藥物或注射胰島素(糖尿病)】： 無 有服用，檢查當日請停藥，接受無痛大腸鏡檢查之貴賓，檢查前一日晚上也停止用藥，並將藥物攜至診所並告知、詢問護理人員用藥時機。

(3.) 【大腸鏡清腸藥】：清腸藥服用方式請參照附件(一)。

(4.) 【直腸鏡清腸藥】：檢前一日請於晚上 7 點前用完晚餐，

晚上 8 點吃瀉藥 Bisadyl 共 3 顆橘色小藥丸，服用後請大量飲水(約 1500c.c.)，開水請於晚上 12 點前飲用完。如有便秘，請服用 4 顆橘色瀉藥(Bisadyl)。

服藥完，約 6-8 小時才會有想排便之情形；有瀉肚子或輕微腹絞痛、噁心現象為藥物之作用，藥效作用會視個人體質不同會有所差別，如有疑問請致電診所或服務人員洽詢，三本診所電話 02-27675675 轉分機 625~627。

內視鏡檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容、填寫完畢並簽名繳回

第 2 頁，共 4 頁

身分證字號：

姓名：

生日： 年 月 日

電話：

4. 【飲食建議】及【空腹時間】

- (1.) 受檢前 3-5 天請勿飲酒、吃生肉、含血、高鐵質之食物(菠菜、鴨血、胡蘿蔔…等)
- (2.) **接受無痛大腸鏡檢查者**，前 3 日起開始進行【低渣飲食】，請參照附件(一)。
(舉例：安排星期四作大腸鏡檢查，請於星期一開始進行低渣飲食控制)
- (3.) **接受直腸鏡檢查者**，檢查前一日，請吃稀飯、麵條、蛋、魚…等易消化之食物，請勿食用奶製品(含牛奶)、豆漿、蔬菜及水果。
- (4.) **檢查前一日晚上 12 點後禁水禁食**，降血壓藥物(高血壓)、慢性病(心臟病)用藥請搭配少量開水照常服用，糖尿病藥物及其他藥物請詢問客服人員。

5. 【糞便潛血檢查】

接受糞便潛血檢查者，糞便檢體請於受檢前 1-2 日取花生米大小，裝至糞便盒中，並置放於陰涼處。(如廁時，馬桶請往前坐一點，請避免檢體碰到水。)

※糞便採集須於服用瀉劑、瀉藥前採集完畢，避免糞便過稀，導致無法使用。

◎為避免醫療資源浪費，若需改日期或取消檢查，請於排檢前 6 日致電診所或服務人員辦理

診所專線 02-2767-5675，以免留下爽約不良記錄。(現場無提供候補及提前之名額)

三、檢查當日注意事項：

4. 攜帶物品：身分證或健保卡、同意書(請於來院前詳閱並填妥)
5. 穿著衣物：請穿著寬鬆衣物(盡量著兩件式)以便更衣，及避免增加檢查後腹脹之不適。
6. 報到時間：排檢貴賓請依客服人員指示時間抵達並臨櫃依序報到。
7. 特殊注意事項：

◎**無痛腸胃鏡檢查當日務必由成年親友陪同檢查、返家。**

◎請卸除口紅、指甲油、隱形眼鏡，以便護理人員觀察生命徵象。

◎若裝有活動假牙，檢查前請先移除；有搖動或可能脫落之牙齒，檢查前務必告知。

四、檢查時請依從醫護人員指示用藥，檢查過程使用之藥物包括：

1. **胃鏡檢查**會噴於舌根的局部麻醉劑(Xylocaine)以及口服消泡劑(simethicone)：少數病人可能會有暫時不適(如頭暈、噁心等)，若感覺咽喉不麻請告知護理師。
2. 腸胃鏡檢查注射之藥物 Buscopan：為減緩腸胃蠕動以利檢查進行用，少數客戶可能會有口乾、腹脹、視力模糊等暫時性不適，待藥物代謝後即會改善。
若有『青光眼』或『攝護腺肥大』者可能會造成眼壓過高、排尿困難，檢查前請務必主動告知醫護人員。

內視鏡檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容、填寫完畢並簽名繳回

第 3 頁，共 4 頁

身分證字號：

姓名：

生日： 年 月 日

電話：

五、檢查後注意事項：

1. 腸胃鏡因檢查需要，檢查過程會灌入少量空氣，殘留的空氣可能會造成您輕微腹脹感、便意感，建議您多走動或按摩腹部促進排氣，數小時內此現象會漸漸消失，請不必擔心。
2. 大腸鏡檢查後半個小時若無頭暈或腹部不適，即可開始正常進食，建議 3 天內避免食用刺激、辛辣或會導致脹氣之食品(如豆類、奶製品)。
3. **接受無痛腸胃鏡檢查者，因藥物作用可能會出現短暫失憶現象，24 小時內禁止駕駛交通工具(駕、騎車)、或操作機械等工作；請避免做重大決策，如簽合約、簽支票。**
4. 檢查時發現內、外痔瘡者，返家排便有少量鮮血的情況為正常情形，檢查過程所有動作都有可能使內、外痔些微出血，若持續多天少量或微量血便請至門診詢問醫師。
若持續劇烈腹痛，伴隨腹脹變硬、大量便血或黑便、發燒等情形，應馬上至急診室就醫。
5. 後續若有轉診至醫院接受切片、息肉切除或其他治療後，可能會有微量出血，請持續觀察；1 週內（視情況斟酌延長時間）不應提重物（含抱小孩）、從事激烈活動或運動。
若持續出血、腹痛加劇、解黑便、發燒等情形，請盡速回『原施做切片、息肉切除或其他治療之醫療院所』急診室就醫。
6. 檢查過程有發現痔瘡之客戶返家後請注意以下事項：
 - (1.) 避免久站、久坐、久蹲及坐馬桶時看書報（避免肛門周圍血流循環不良）。
 - (2.) 多喝水、多攝取含纖維的食物、多運動、少喝酒或刺激的食物，避免引發疼痛。
 - (3.) 保持肛門處清潔、乾燥，在便後用水沖洗肛門（避免用力擦拭肛門），
可以溫水坐浴，可促進肛門周圍血液循環，消腫、止痛。
 - (4.) 相關問題若有疑問，歡迎致電診所 02-2767-5675 轉分機 625~627 詢問人員。

五、**無痛大腸鏡檢查**處置之【檢查範圍】、【檢查目的】及【檢查風險】：

1. 檢查範圍：全段大腸由肛門口至盲腸部均包含在內(醫師視客戶狀況進行)。
2. 檢查目的：發現大腸內可能的病灶或出血源，以便進一步處置或治療。
3. 無痛大腸鏡檢查風險：【沒有任何醫療處置是完全沒有風險的，下列所列之風險和合併症已被認定，但仍可能有一些醫師無法預期的風險未列出】大腸鏡檢查處置可能因無法忍受、解剖學異常(腸胃彎道大)、準備不完全(糞便未排空)或檢查過程生命徵象(意識、心跳、血壓)不穩定者無法完全檢查外，一般而言，大腸鏡檢查是相當安全的檢查，但少數客戶會出現過敏、腹脹、腹痛、出血或穿孔等情況，不過機率少於 1%。

身分證字號：

姓名：

生日： 年 月 日

電話：



內視鏡檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容、填寫完畢並簽名繳回

第4頁，共4頁

六、**胃鏡檢查**處置之【檢查範圍】、【檢查目的】及【檢查風險】：

1. 檢查範圍：上消化道概括食道、胃以及十二指腸等部位(醫師視客戶狀況進行)。
2. 檢查目的：舉凡於上消化道中懷疑有病灶存在時均為本檢查之目的。
3. 胃鏡檢查風險：【沒有任何醫療處置是完全沒有風險的，下列所列的風險和併發症已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出】除因無法忍受、解剖學異常、準備不完全(食物未排空)或檢查中生命徵象不穩定造成無法完成檢查外，一般而言，胃鏡是相當安全的，但少數會出現喉嚨損傷、噎到、呼吸困難、吸入性肺炎、心律不整、過敏、出血或穿孔等情況，不過機率均少於0.5%。

七、**直腸鏡檢查**處置之【檢查範圍】、【檢查目的】及【檢查風險】：

1. 檢查範圍：全段直腸，自肛門逆行15-20公分。
2. 檢查目的：發現肛門口至直腸可能的病灶或出血源，以便進一步處置或治療。
3. 直腸鏡檢查風險：【沒有任何醫療處置是完全沒有風險的，上述以及下列所列的風險和併發症已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出】直腸鏡檢查處置可能因無法忍受、解剖學異常、準備不完全(糞便未排空)或檢查過程生命徵象(意識、心跳、血壓)不穩定者無法完全檢查外，一般而言，直腸鏡檢查是相當安全的檢查，但少數客戶會出現過敏、腹脹、腹痛、出血或穿孔等情況，不過機率少於0.5%。

內視鏡檢查同意書

【此同意書未完成填寫，無法提供內視鏡檢查】

受檢者_____，出生於西元_____年____月____日，因個人需求需要接受

大腸鏡檢查 胃鏡檢查 直腸鏡檢查，立同意書人已與醫師討論過，對於醫師的說明以及此份說明書內容皆已充分瞭解，並接受此項醫療處置之效益、風險，同意貴院施行該項檢查。 ※若立書同意人非受檢者本人，應詳細載明「與受檢者之親屬關係」

立書同意人： (本人親簽) 身分證字號：

(請圈選與受檢者之親屬關係：配偶、父、母、兒子、女兒、其他_____)

住 址：

電 話：

日 期： 西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日