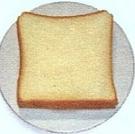


大腸鏡檢前 **飲食** 控制說明

※若您為便秘或特殊體質者，鏡檢前的飲食宜更加慎重，可諮詢專業人員，以確保清腸效果

大腸鏡檢查請配合遵照醫囑，限用低渣或無渣飲食，以降低糞便體積，確保腸道淨空，提升鏡檢品質

- 選用低渣專用代餐：只須於檢查**前一天**食用低渣代餐
- 自主飲食控制：檢查**前三天**開始低渣飲食

	自主飲食控制	選用低渣專用代餐
/ 檢查前二日	<ul style="list-style-type: none"> • 只可食用下列食物 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 白稀飯</div> <div style="text-align: center;"> 白麵條.白麵線</div> <div style="text-align: center;"> 白吐司</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 白饅頭</div> <div style="text-align: center;"> 蒸蛋(無加料)</div> <div style="text-align: center;"> 去皮的魚肉</div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> • 一般正常飲食 (少高纖、少油炸、清淡飲食)
/ 檢查前一日	<ul style="list-style-type: none"> • 下午5點後，只可食用無渣流質飲食 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 運動飲料 + 白開水1:1</div> <div style="text-align: center;"> 澄清菜湯 (菜不能吃)</div> <div style="text-align: center;"> 澄清魚湯/肉湯 (魚肉、瘦肉不能吃)</div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> • 專業低渣配方，嚴謹調製，只須於檢查前一天食用 (請依盒內指示食用) <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 檢易餐點</div> <div style="text-align: center;"> 刻利淨檢餐食</div> </div> <p>(請自行至醫院週邊藥局購買)</p>

關心與提醒事項

用藥調整

- 緩解便秘藥物，請勿停藥，應繼續服用
- 降血糖藥及抗凝血劑，請依醫師指示停藥
- 其他藥品，應於服用清腸劑前2小時或清腸後6小時服用

即時諮詢

- 若晚上9點尚未排便，或出現嚴重不適，請撥打0800諮詢專線(如電話佔線請耐心等待，護理師會儘快回撥)
- 請掃描下方QR code，觀看完整的清腸衛教動畫或下載清腸用藥提醒APP

清腸衛教動畫



國語版V3



台語版V3

清腸用藥提醒APP



Android



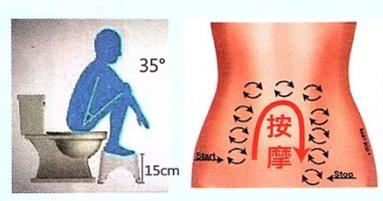
iOS

24小時諮詢專線
0800-060-689

汐止國泰綜合醫院健康檢查中心

大腸鏡檢前 **保可淨** 服用說明

排檢時間: 日期: ____年__月__日 時間: 上午 ____時__分
 下午 ____時__分

飲食控制	低渣飲食	<input type="checkbox"/> 清腸前一星期一定要正常喝水 (1500-2000c.c./天) (若醫師指示水分限制者，請依醫師建議每日水量攝取為主) <input type="checkbox"/> 自主飲食控制：檢查 前三天 開始低渣飲食 (詳見背面) <input type="checkbox"/> 選用低渣專用代餐：只需檢查 前一天 用低渣代餐
第一劑 (檢查前一天)	/ 傍晚 5:00 服藥 (第一劑) 保可淨	沖泡藥粉/第一劑  <ul style="list-style-type: none"> 在杯中加入 常溫冷水 約150c.c. 倒入一包保可淨散劑 攪拌至 完全溶解 (約3~5分鐘，溶解過程，水溫會略為上升) 溶解後，立即喝完 所有藥液
	晚上 6:00 ┆ 10:00 補水 1250~ 2000c.c.	<ul style="list-style-type: none"> 服藥1小時後，陸續補充1250~2000c.c.水份 約半小時1杯(250c.c.)，3-4小時內完成補水 水份補充以白開水為主，可搭配運動飲料及清湯(菜湯、魚湯、肉湯)
	約服藥後 3小時 排便	 <ul style="list-style-type: none"> 儘量蹲坐馬桶，促進便意產生，蹲坐馬桶(如左圖)可用椅凳墊高以利排便 多走動、按摩腹部，以溫水沖肛門刺激排便 期間會有數次排便
第二劑 (檢查當天)	/ 上午 5:00 服藥 (第二劑) 保可淨	沖泡藥粉/第二劑  <ul style="list-style-type: none"> 泡製方式，同第一劑
	上午 5:30 補水 500c. c.	<ul style="list-style-type: none"> 服藥30分鐘後，陸續補充250c.c.水份至少2次(500c.c.)
	約服藥後 1小時 排便	 淡黃清澈液體 <ul style="list-style-type: none"> 輔助排便方式同第一劑，儘量排空 理想狀態如左圖，因個人體質有所差異
禁水	6:00 禁食、禁水	

汐止國泰綜合醫院

無痛內視鏡 麻醉說明書

- 一、 擬實施之檢查：無痛胃鏡檢查 無痛大腸鏡檢查 無痛胃鏡及大腸鏡檢查
- 二、 麻醉方式：靜脈全身麻醉。
- 三、 由麻醉醫師說明，本次檢查相關之麻醉問題，包含：
 1. 麻醉步驟。
 2. 麻醉之風險。
 3. 麻醉後，可能出現之症狀。
 4. 其他與麻醉相關的說明。

附註：務必請一名家屬陪同檢查，檢查完，不可開車或騎車（含被載）
麻醉檢查當天請勿化妝、勿塗指甲油（含光療指甲）、勿配戴隱形眼鏡

汐止國泰綜合醫院

麻醉前評估表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	門診 <input type="checkbox"/> 病房 / 床號	科別
病歷號碼		年齡		手術醫師	手術日期
病患自我評估				診斷	
<p>為了提供更安全舒適的手術麻醉，敬請確實填寫；並請詳閱“麻醉同意書說明及注意事項”，如有其他問題請在術前麻醉諮詢時提出，謝謝！</p> <p>是 否 不知道</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. 是否曾接受過任何手術麻醉</p> <p style="margin-left: 20px;">1.1 (<input type="checkbox"/>全身麻醉 <input type="checkbox"/>半身麻醉 <input type="checkbox"/>其他_____)</p> <p style="margin-left: 20px;">1.2 麻醉後是否有噁心、嘔吐請形 (<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 是否曾有藥物過敏狀況</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. 是否曾患以下疾病：</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心臟病(如高血壓、心絞痛、心衰竭)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 呼吸疾病(如氣喘、肺氣腫、結核)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腦部疾病(如中風、癲癇、昏眩)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 代謝疾病(如糖尿病、甲狀腺)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 血液病(如白血病、凝血異常)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腎臟病(尿毒、腎炎、衰竭)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 肝臟病(肝炎、肝硬化)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 胃腸病(潰瘍、結石、胃酸逆流)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 精神疾病</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 惡性高體溫之病史/家族史</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. 目前為止是否有使用下列藥物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 止痛劑(如阿斯匹靈、嗎啡)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 抗凝血劑</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 抗高血壓藥物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心臟病藥物(如救心、利尿劑等)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 抗過敏或排斥藥物</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 類固醇藥物(包括中藥、黑藥丸)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. 是否曾有異常出血情形(如拔牙血流不止、容易瘀青)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. 目前是否已懷孕</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. 最近一週內有否感冒</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. 是否容易暈車</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. 身上有否任何人造物體(義眼、義肢、假牙：<input type="checkbox"/>固定 <input type="checkbox"/>活動)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. 是否有抽煙、嗜酒的情況</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. 是否有其他疾病或身體不適需告知醫師，請說明：</p> <p>填寫者簽名：_____ 病患之：_____</p> <p>填寫日期：_____</p>				手術名稱	
				評估資料	
				EKG： <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> abnormal	
				CXR： <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> abnormal	
				LAB data： <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> abnormal	
				Special Note:術後噁心嘔吐危險因子	
				女性 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
				曾暈車或術後噁心嘔吐 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
				不抽煙 <input type="checkbox"/> 抽煙 <input type="checkbox"/>	
				預期術後使用嗎啡類藥物是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
麻醉專科醫師綜合意見					
<p>麻醉危險分級：</p> <p>ASA <input type="checkbox"/>I <input type="checkbox"/>II <input type="checkbox"/>III <input type="checkbox"/>IV <input type="checkbox"/>V <input type="checkbox"/>VI</p> <p>急診手術 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>D.Iscore: <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4</p> <p>計劃麻醉方式：</p> <p><input type="checkbox"/> 全身麻醉(插管/面罩)</p> <p><input type="checkbox"/> 靜脈全身麻醉</p> <p><input type="checkbox"/> 半身麻醉(硬脊膜外麻醉/脊髓麻醉)</p> <p><input type="checkbox"/> 區域麻醉(神經阻斷術/靜脈區域麻醉)</p> <p><input type="checkbox"/> 生理監測</p> <p>麻醉專科醫師簽名：_____</p> <p>日期：_____</p> <p>覆核日期：_____</p>					

汐止國泰綜合醫院

胃鏡檢查說明暨同意書

姓名：_____ 病歷號碼：_____ 性別：_____ 生日：____年____月____日

一、檢查前注意事項：

(1) 請你配合下列指示，方能達到正確的檢查：

為了受檢者的安全請填寫同意書人，針對下列各項問題擇一 畫 回答

1. 受檢者 有 沒有：對腸胃解痙劑過敏

2. 受檢者 有 沒有：糖尿病

3. 受檢者 有 沒有：對麻醉劑過敏

4. 受檢者 有 沒有：青光眼

5. 受檢者 有 沒有：攝護腺肥大

6. 受檢者 有 沒有：服用抗凝血劑（如有服用抗凝血劑請與您的處方醫師討論是否暫時停藥）

(2) 受檢者，晚上 10 點後開始禁食（含食物、水及藥物，糖尿病受檢者不可服用降血糖藥物）。

(3) 若有需服用的藥物（例如：降壓劑、降血糖藥物），可攜至檢查中心，檢查完成後服用。

(4) 檢查當天請攜帶「胃鏡檢查說明暨同意書」。

* 若有任何疑問，請洽 3 樓健檢中心電話：(02)2648-2121 轉 3501 或 3502。

二、檢查過程：

依個人健康檢查需求施行該項檢查，利用內視鏡檢查食道、胃、十二指腸之病灶，以便進一步處置，該項檢查之原因、過程或少部份受檢者可能發生包括：藥物反應（口乾、噁心、嘔吐、心悸、小便困難...等暫時性現象），喉嚨損傷、嗆到、吸入性肺炎、或可能發生出血等偶發情形。發生機率均低於 0.5%。但若發現合併症或不適情形，請您盡速告知醫護人員，將給予適當處置或治療，立同意書人經洽詢醫護人員後，已充份瞭解；茲同意由貴院施行該項檢查。

* 為避免不必要之出血情形，本中心僅執行切片檢查。

(1) 若發現瘰肉時：

同意切片及病理化驗檢查：

費用另計：(1) 拋棄式切片夾費用：1000 元整。

(2) 病理化驗(依切片數量計)一個部位 1,300 元，兩個部位 2,600 元，以此類推。

不同意切片病理化驗檢查。

(2) 若發現疑似感染幽門桿菌時：

同意由醫師評估是否加做幽門桿菌檢驗，費用 1300 元（含拋棄式切片夾及化驗費）。

由醫師評估後，不需加做幽門桿菌檢驗時，同意改做 13 幽門桿菌呼氣試驗，費用 1500 元。

不同意幽門螺旋桿菌檢驗

(3) 僅做檢查；發現異常病灶不做任何處置，建議返回門診追蹤治療。

立同意書人：_____ (簽名) 身分證號碼：_____

住址：_____

電話：_____

與受檢者關係(若填寫者非本人)： 配偶 父母 子女 其他 _____

民國：_____ 年 _____ 月 _____ 日

2020.02.14 製

汐止國泰綜合醫院
健檢中心大腸鏡檢查說明暨同意書

姓名：_____ 病歷號碼：_____ 性別：_____ 生日：_____年_____月_____日

一、檢查前注意事項：

為了受檢者的安全，請針對下列各項問題擇一 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 回答	
1. 受檢者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有：對腸胃解痙劑過敏	2. 受檢者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有：糖尿病
3. 受檢者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有：攝護腺肥大病史	4. 受檢者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有：青光眼
5. 受檢者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有：服用抗凝血劑	
6. 受檢者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有：特殊血液疾病如血友病等或易出血傾向如洗腎病史等	

* 檢查前請您遵守下列指示，方能達到正確的檢查。如有服用抗凝血劑請與您的處方醫師討論是否暫時停藥。

(1) 檢查前三天起，三餐均請低渣飲食(如米、麵類)，勿吃青菜水果及油膩食物，請儘量多喝開水(每天至少 2000cc，心臟病及腎臟病受檢者除外)，並禁吃高纖維性食物。

(2) 檢查前一天準備事項：

◆ 下午 5 點將第一劑保可淨清腸劑，加入 150 cc 常溫開水攪拌 5 分鐘後，立即喝完所有藥液；服藥後至睡前 22：00 前，喝水 2000 cc 以上。

(3) 檢查當天注意事項：

◆ 早上 5 點將第二劑保可淨清腸劑，加入 150 cc 常溫開水攪拌 5 分鐘後，立即喝完所有藥液後，並於早上 6 點前喝水 500 cc(喝水是為了藥物作用)，且早上 6 點後需完全禁食。

1. 請攜帶「大腸鏡檢查說明暨同意書」。

2. 檢查當日護理人員評估清腸效果不理想時，將建議您改日完成清腸準備再檢查。

* 若有任何疑問，請洽 3 樓健檢中心 電話：(02)2648-2121 轉 3501 或 3502。

二、檢查過程：

經醫師診治評估後進行清醒麻醉(無痛感、可舉手翻身；意識恢復後，忘記檢查過程)大腸鏡檢查及必要之治療，全程皆會有血氧濃度、血壓監測。立同意書人對於施行該項檢查之原因、過程、成功率或可能發生出血、腸穿孔等之併發症及危險，經貴院醫師說明。經洽詢醫護人員後，已充份瞭解；茲同意由貴院施行該項檢查。本人同意接受貴院

(1) 進行檢查時發現異常病灶或息肉時：

同意切片及病理化驗檢查：

費用另計：(1)拋棄式切片夾費用：壹仟元整。

(2)病理化驗(依切片數量計) 一個部位 1,300 元，兩個部位 2,600 元，以此類推。

不同意切片及病理化驗檢查。

(2) 僅做檢查：發現異常病灶不做任何處置，建議返回門診追蹤治療。

三、特別聲明：

受檢者未遵守上述注意事項時，本院得拒絕您本次排定之檢查，並另行安排受檢時間，以確保檢查之準確性。若仍堅持於本次受檢，而導致醫療檢查無法完成、影像無法成形或無法判讀等情況時，本院概不負責，如涉有自費費用時亦不予以退費。

汐止國泰綜合醫院 此 致

3. { 立同意書人： (簽名)
身分證號碼：
住址：
電話：
與病人關係(若填寫者非本人)：配偶父母子女其他_____
民國： 年 月 日