

上消化道內視鏡(胃鏡)檢查說明暨同意書

姓名：

性別：男 女

病歷號：_____

生日：_____年____月____日

一、**檢查目的：**利用內視鏡，檢查病患的食道、胃、十二指腸有無發炎、潰瘍、瘰肉、狹窄、腫瘤或靜脈曲張等情形。

二、檢查/治療方式

- (一)檢查前，會先口服消泡劑及注射肌肉鬆弛劑(攝護腺肥大、青光眼及過敏患者則避免注射)，以減緩胃腸蠕動和嘔吐反射；並以麻醉噴劑作深部喉頭局部麻醉。
- (二)檢查時，採左側臥，口咬張口器，請放鬆心情並配合醫師指示，切勿任意移動身體。當醫師請您哈氣時，會將長約80~90公分，粗約1~1.5公分的內視鏡放入您口中；當經過喉嚨時，會引發嘔吐反射，此時請您配合做吞嚥的動作以幫助內視鏡順利進入胃部。當內視鏡通過喉嚨後，則不需再做吞嚥動作，以避免噎到。
- (三)檢查中，醫師會由內視鏡打入氣體以擴張胃部，可能有胃脹不適的感覺，其為正常現象。可藉由鼻子吸氣、嘴巴哈氣來減緩不適。
- (四)整個過程，約需5-10分鐘，如有接受特殊處置或治療時，時間將會延長。

三、檢查/治療合併症

本項檢查對病人而言，是一種安全的檢查方法，但仍有可能發生下列合併症，包括：藥物反應(口乾、視力模糊、心悸、小便困難等暫時性現象)、喉嚨損傷、噎到、呼吸困難或吸入性肺炎、心律不整、穿孔、出血、顎關節脫臼等，不過發生機率均低於0.5%，如能配合醫護人員指示，通常並不會發生。若有不適時請告之，醫師會視情況給予相關的處置。

四、檢查/治療前注意事項

- (一)開始禁食時間：請於前一天晚上十二點以後開始禁食。包括藥物類、開水等。
- (二)報到時，請攜帶【上消化道內視鏡檢查(胃鏡)說明暨同意書】(需先填妥並簽名)。
- (三)檢查前，先排空膀胱，去除假牙、眼鏡及放鬆腰帶；塗口紅者，請先擦乾淨。

五、檢查/治療中注意事項

- (一)幽門螺旋桿菌檢驗：利用切片夾經由內視鏡取出少量的組織檢驗，以確診有無幽門螺旋桿菌感染。
- (二)組織切片檢查：利用切片夾經由內視鏡取出少量的組織送病理化驗，以確診病灶本質。

六、檢查/治療後注意事項

- (一)檢查後，請等半小時至一小時待吞嚥反射恢復後，方可進食。
- (二)檢查後，喉頭偶有疼痛不適感，可用生理食鹽水漱口以減緩不適。應在2-3天後就會消失。
- (三)返家後，若有急性持續性腹痛或解大量血便，應儘速返本院急診就醫。

上消化道內視鏡檢查(胃鏡)說明暨同意書

姓名：

性別：男 女

病歷號：_____

生日：____年__月__日

以下內容詳讀後，請務必確實勾選及填寫

本人過去重要病史(請務必勾選)

無 有:服用抗凝血劑如:

Coumadine(可邁丁) Aspirin(阿斯匹林，博基) Plavix(保栓通)

Pradaxa(普栓達) Brilinta(百無寧) Pletaal(普達) 其他_____

無 有:有下列疾病:

青光眼 攝護腺肥大 腎臟疾病 尿毒症 心血管疾病(例如心絞痛、心肌梗塞、心律不整、心臟節律器植入、腦中風... 等)

藥物過敏：藥名_____

本人基於病情需要，經詳細說明後，並充分了解此項檢查之必要性、目的、過程、檢查中處置及治療、可能合併症和相關注意事項，同意接受

1.如發現病灶，不做任何切片檢查或治療。

2.進行檢查及同時接受必要處置(如息肉切片化驗、幽門桿菌檢驗...等。

說明如下:

檢查過程中，檢查醫師依臨床判斷可能使用自費醫材，(包含組織切片夾1000元、幽門螺旋桿菌檢驗費300元、病理化驗一個部位1300元、兩個部位2600元...等)，醫材費用如有異動，以實際使用品項及系統設定為準。特立此據，以茲憑證。

此致 汐止國泰綜合醫院

立同意書人：_____ (簽章) 與病人關係：病人之_____

身分證字號：_____ 緊急聯絡電話：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

- 一、立同意書人由病人親自簽具；病人如為未成年人(民法規定：未滿18歲為未成年人)或無法親自簽具者，依「醫療法第63條」規定，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
- 二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應填載與病人之關係。

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：

性別：男 女

病歷號：_____

生日：_____年____月____日

一、檢查目的：利用內視鏡檢查結腸內可能的病灶，如：潰瘍性結腸炎、出血源、瘰肉、腫瘤或阻塞等，以便進一步處置或治療。

二、檢查/治療方式：

(一)檢查前，注射肌肉鬆弛劑(攝護腺肥大、青光眼及過敏患者，則避免注射)，減緩胃腸蠕動，以利檢查進行。

(二)檢查時，請採左側臥姿勢，並放鬆心情。進行前，醫師會請您哈口氣，並將長約 170 公分的內視鏡慢慢的往裡面推進。

(三)檢查中，為擴張腸道，醫師會將氣體由內視鏡灌入結腸內，所以會有腹脹及想大便的感覺，這為正常現象；可做深呼吸減緩不適，切勿任意移動身體。過程中，因為檢查的需要，請您配合醫師指示翻身(左、右側臥或平躺)。

(四)整個過程，所需時間不定；如有接受特殊處置或治療時，時間將會延長。

三、檢查/治療合併症：

本項檢查是一種安全的檢查方法，惟少部份仍可能發生下列之合併症，包括：藥物反應(口乾、視力模糊、心悸、小便困難等暫時性現象)、暫時性腹脹、腹痛、腸道損傷、穿孔、出血等，不過發生機率低於1%。如能配合醫護人員指示，通常並不會發生。檢查過程中，若發生合併症或不適時，請即時告知檢查醫師。醫師會依情況，給予適當的處置。

四、檢查/治療前注意事項：

(一)檢查前三天，以稀飯、麵條、白土司、魚肉等食物為主；蔬菜、水果、牛奶等高纖維食物不要吃，並多喝開水，請詳閱並依照「大腸鏡檢前飲食控制說明」。

(二)請詳閱並依照「大腸鏡檢前保可淨服用說明」的指示時間服用清腸藥物，以達最佳清腸效果。

(三)檢查當天，請著寬鬆衣服；全身麻醉者須有家屬陪伴。並請攜帶【大腸內視鏡檢查說明暨同意書】(需先填妥並簽名)、身份證及健保卡報到。

五、檢查/治療中注意事項：

組織切片檢查：利用切片夾經由內視鏡取出少量的組織送病理化驗，以確診病灶本質。

六、檢查/治療後注意事項：

(一)檢查後，如感覺腹脹厲害，可先至廁所將氣體排出或多走動。如無不適，半小時後，可恢復進食。

(二)返家後，若有持續、急性腹痛或解大量血便時，應儘速返本院急診就醫。

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：

性別：男 女

病歷號：_____

生日：_____年__月__日

以下內容詳讀後，請務必確實勾選及填寫

本人過去重要病史(務必勾選)

無 有:服用抗凝血劑如:

Coumadine(可邁丁) Aspirin(阿斯匹林，博基) Plavix(保栓通)

Pradaxa(普栓達) Brilinta(百無寧) Pletaal(普達) 其他_____

無 有:有下列疾病:

青光眼 攝護腺肥大 腎臟疾病 尿毒症 心血管疾病(例如心絞痛、心肌梗塞、心律不整、心臟節律器植入、腦中風... 等)

藥物過敏：藥名_____

本人基於病情需要，經詳細說明後，並充分了解此項檢查之必要性、目的、過程、檢查中處置和治療、可能合併症和相關注意事項，同意接受

1.僅做檢查:如發現病灶，不做任何切片檢查。

2.同意進行檢查及同時接受必要處置(包含瘰肉組織切片)。說明如下:

若有需要，檢查醫師依臨床判斷，可能使用自費醫材，(包含切片夾新台幣1000元/支、病理化驗一個部位1300元、兩個部位2600元...以次類推)，自費醫材費用如有異動，以實際使用品項及系統設定為準。特立此據，以茲憑證。

此致 汐止國泰綜合醫院

立同意書人：_____ (簽章) 與病人關係：病人之_____

身分證字號：_____ 緊急聯絡電話：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

附註：

- 一、立同意書人由病人親自簽具；病人如為未成年人(民法規定：未滿18歲為未成年人)或無法親自簽具者，依「醫療法第63條」規定，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
- 二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應填載與病人之關係。

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
/ 檢查前三天	<p>• 只可食用下列食物</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <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; 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>	<p>• 一般正常飲食 (少高纖、少油炸、清淡飲食)</p>
/ 檢查前一天	<p>• 下午5點後，只可食用無渣流質飲食</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <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>	<p>• 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)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <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) 飲食控制 (若醫師指示水分限制者, 請依醫師建議每天水量攝取為主) <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	 <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 <p>淡黃清澈液體</p>
禁水	6:00	禁食、禁水	

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□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>					

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（含光療指甲全卸除）、勿配戴隱形眼鏡