

上部内視鏡検査 同意書

【目的・方法】

- ◆ 食道・胃・十二指腸の一部を内視鏡(胃カメラ)で直接観察することで病気の診断と治療を行う検査です。
- ◆ 検査中に病変が疑われた場合、粘膜組織の一部を採取する検査(生検)を行います。

【薬に関する注意】

- ◆ 抗血栓薬・抗凝固薬を服用中の方
 - ・抗血栓薬・抗凝固薬は中止せず服用してください。
 - ・ワーファリンを服用している方は、検査当日に血液検査でPT-INR値を測定します。
 - ・生検が必要になった場合は、服薬の種類によって後日改めて検査をさせていただくこともあります。

【内視鏡による偶発症】

- ① スコープによる粘膜傷害(粘膜亀裂)や裂傷・穿孔・縦隔炎
- ② 組織検査(生検)時の内視鏡操作による出血
- ③ 前処置や検査中に使用する薬剤によるアレルギー・ショック・一時的な健忘等の副作用
- ④ 誤嚥性肺炎
- ⑤ 顎関節の脱臼・歯の損傷
- ⑥ 予期しない偶発症(心肺停止・血圧の上昇に伴う動静脈瘤破裂など含む)

【参考】日本消化器内視鏡学会第6回全国調査(2008~2012年)での合併症
・経口内視鏡 偶発症数 0.005%、死亡例数 0.00013%
・経鼻内視鏡 偶発症数 0.024%、死亡例数 0%

万一、緊急事態が生じた場合、検査担当医師が責任を持って治療に当たります。

以上の説明文を読みました。

※この検査に同意された後でも、実施前であれば同意を撤回することができます。

説明年月日： 年 月 日

医療機関名

説明医師

医療法人社団 東山会 調布東山病院 病院長殿

私は、上部内視鏡検査の実施に関して十分に理解をしました。そのうえで、上部内視鏡検査の実施に

(同意します ・ 同意しません)

※どちらかを○で選んでください。

署名年月日： 年 月 日

患者氏名(自署)

同席者(自署)

代諾者(自署)

(続柄)

(続柄)

※御本人の署名や理解を得ることが困難な場合は、代諾者が署名

上部内視鏡検査予約票

氏名

様

検査日:

(曜日)

*抗血栓薬内服【有・無】

① 薬剤名 () 継続
 月 日 ~ 検査日まで(日間)内服を中止します。

② 薬剤名 () 継続
 月 日 ~ 検査日まで(日間)内服を中止します。

③ 薬剤名 () 継続
 月 日 ~ 検査日まで(日間)内服を中止します。

*血糖降下薬内服【有・無】

【有】の方… 検査当日は内服を中止してください。

食事をしない時に服用すると低血糖を起こす危険性があります。

*インスリン注射【有・無】

【有】の方… 検査に伴い食事制限があり、インスリン量の調整が必要です。

主治医を受診し、インスリンの指示を受けてください。

問診票

◆ 検査の前に行う、喉の麻酔や注射薬使用等の参考にしますので、下記の問いにお答えください。

【問1】 胃カメラの経験 『あり・なし』

【問2】 緑内障 『あり・なし』

【問3】 前立腺肥大 『あり・なし』

【問4】 心疾患(狭心症・心筋梗塞・頻脈・不整脈) 『あり・なし』

【問5】 糖尿病 『あり・なし』

【問6】 右記の薬剤のアレルギー 『キシロカイン・ヨード・アルコール・なし』

【問7】 喘息 『あり・なし』

【問8】 妊娠の可能性または授乳中 『あり・なし』

【問9】 ヘリコバクター・ピロリ菌について

『①陽性除菌未 ②除菌成功 ③除菌失敗 ④陰性 ⑤未検査 ⑥その他(不明、除菌判定前など)』

【問10】 脳、胸部、腹部の動脈瘤を指摘されたことがありますか? 『あり・なし』

内視鏡検査時の鎮静剤(注射)の使用について～説明と承諾書～

【目的】

- ◆ 検査を行う際に苦痛や不安を和らげるため、ご希望の方に鎮静剤の注射を行っております。うとうとする程度のお薬で、効き目には個人差があります。

【副作用・偶発症】

- ◆ ふらつきや転倒
検査終了後、眠気が残り足元がふらつくことがあり、転倒の恐れがあります。外来で検査を行った場合は、院内で十分に休んでからお帰りいただきます。
- ◆ 呼吸抑制
鎮静剤によって呼吸が弱くなる場合があります。血中酸素濃度を測定しながら十分注意して検査を行います。
- ◆ 注意力低下、逆行性健忘
酔っ払ったとき同様、注意力の低下や細かい判断が鈍くなったりします。また、薬が効いている間の記憶が残らないで、全く覚えていない方もいます。
- ◆ 血圧低下、ショック
まれに血圧低下やショック状態、意識レベルの低下がもたらされていることがあります。消化器内視鏡関連の偶発症に関する全国調査によりますと、過去の偶発症における死亡例は0.00002%と報告されています。

【注意点(外来で検査を行う場合)】

- ◆ 鎮静剤を使用した場合は、注意力低下や眠気が残ることがあるため、当日の自転車・バイク・車の運転はできません。
- ◆ 転倒防止のため、約1時間休んでからお帰りいただきます。

〔鎮静剤が使用できない方〕

- | | |
|--------------------|-----------------|
| ①高齢者(80才以上)の方 | ②歩行が不安定な方 |
| ③検査後、当日中に運転の予定がある方 | ④院内で十分にお休みできない方 |
| ⑤睡眠時無呼吸症候群の方 | ⑥妊娠中・授乳中の方 |

※②～⑥に該当する方は、必ず事前に当院スタッフへお申し出ください。

※上記に該当しない場合でも、患者様の状態や疾患などから、担当医師が鎮静剤を使用できないと判断することがありますのでご了承ください。

以上の説明文を読みました。

説明年月日： 年 月 日

医療機関名

説明医師

印

同席者

医療法人社団 東山会 調布東山病院 病院長殿

以上、鎮静剤使用による利点と危険性を十分理解した上で

鎮静剤の使用を (希望します ・ 希望しません)

※どちらかを○で囲んでください。

署名年月日： 年 月 日

患者氏名(自署)

同席者(自署)

代諾者(自署)

(続柄)

(続柄)

※御本人の署名や理解を得ることが困難な場合は、代諾者が署名