

高雄市立小港醫院

(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)

Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital

病歷號:

姓名:

生日:

床號:

成人吞嚥內視鏡檢查說明暨同意書

這份說明書是有關您即將接受的手術(或醫療處置)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這個手術(或醫療處置)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)適應症:

舉凡有中風、頭頸部癌症或其它可能導致吞嚥困難或噎咳的疾病。

(二)進行的方式:

讓受檢者或病人吃下或喝入主食如糊狀時、全粥、軟飯、米食,副食:果凍、糊狀物、糊狀物有顆粒、含稠狀液體咀嚼嚥下食、咀嚼嚥下食、軟菜、正常食物,水分如2.0%、1.5%、1.0%、0.5%,經由內視鏡查看吞嚥情形,檢查過程中(有可能)須由家屬或照護者在檢查室內陪同病人受檢。

效益:經由手術(或醫療處置),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(或醫療處置)效益與風險性間的取捨,仍由您決定。

(一)手術/醫療處置效益:

藉由此項檢查,我們可以確定是否有噎咳之情形,以決定之後治療的步驟。

(二)手術醫療處置成功率:吞嚥內視鏡檢查除少部份病人之無法配合而無法完成檢查,其餘其檢查成功率接近100%

風險:

沒有任何手術(或醫療處置)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。受檢者或病人在檢查中不慎噎入食物,可能導致吸入性肺炎(發生機率低於百分之一)。

(一)檢查及治療的風險,包括喉嚨損傷、噎到或吸入性肺炎、呼吸困難、嘔吐、心悸及可逆性血壓或血氧下降等,少數會出現休克、急性呼吸衰竭、急性心肌梗塞及致命性心律不整的併發症,上述併發症發生與病患年齡、心肺疾病、肝腎功能不全、感染嚴重度及出血量有關。整體的副作用發生可能性大約0.13%,而致死率約0.004%。

(二)嚴重病患可能需要進行氣管內管插管、電擊、體外心臟按摩等緊急處置。

高雄市立小港醫院

(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)

Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital

病歷號:

姓名:

生日:

床號:

替代方案:

吞嚥攝影

一般注意事項:

(一) 請於約定時間至檢查地點辦理報到候檢，超過所約時間視為放棄。

成人吞嚥內視鏡檢查說明暨同意書(承上頁)

(二) 如臨時因故需更改日期，請於上班時間(星期一至星期五，早上 時;下午 時
不包含國定假日)與檢查單位聯絡，分機 。

(三) 臨床上自行吞嚥或行動有困難者，請由家屬或照護者陪同前來協助檢查。對說明書
內容若有疑問，請於上班時間向診間或檢查單位人員電話(分機)聯絡。

特殊注意事項:

(一) 檢查前注意事項:

檢查前不需禁食

(二) 檢查中注意事項:

必要時需要請家屬或照護者在旁協助檢查，請儘量與醫護人員合作。

(三) 檢查後注意事項:

請於檢查後七天自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋(如無請勾選無)

無

說明事項

備註:本醫院為教學醫院，醫療團隊包含實習醫學生及實習學生參與。

說明醫師:

(簽章)

日期:西元

年

月

日

時

分(採用 24 小時制)

高雄市立小港醫院

(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)

Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital

病歷號:

姓名:

生日:

床號:

成人吞嚥內視鏡檢查說明暨同意書(承上頁)

(二) 如臨時因故需更改日期,請於上班時間(星期一至星期五,早上 時;下午 時
不包含國定假日)與檢查單位聯絡,分機 。

(三) 臨床上自行吞嚥或行動有困難者,請由家屬或照護者陪同前來協助檢查。對說明書
內容若有疑問,請於上班時間向診間或檢查單位人員電話(分機)聯絡。

特殊注意事項:

(一) 檢查前注意事項:

檢查前不需禁食

(二) 檢查中注意事項:

必要時需要請家屬或照護者在旁協助檢查,請儘量與醫護人員合作。

(三) 檢查後注意事項:

請於檢查後七天自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋(如無請勾選無)

無

說明事項

備註:本醫院為教學醫院,醫療團隊包含實習醫學生及實習學生參與。

說明醫師:

(簽章)

日期:西元

年

月

日

時

分(採用24小時制)

高雄市立小港醫院

(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)

Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital

病歷號:

姓名:

生日:

床號:

成人吞嚥內視鏡檢查同意書(承上頁)

【同意書未完成填寫，無法執行檢查】

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，因疾病需接受需接受成人吞嚥內視鏡檢查。立同意書人已經與醫師討論過接受這個檢查的效益、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檢查，並保有此資料副本一份。

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：_____

中華民國_____年_____月_____日_____時_____分(採用24小時制)

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：_____

中華民國_____年_____月_____日_____時_____分(採用24小時制)

備註：

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. 若立書同意人意識清楚，但無法親自簽名且無其他親屬或關係人在場可簽署時，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人在場見證，本醫院所屬人員不宜為見證人。

高雄市立小港醫院

(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)

Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital

病歷號:

姓名:

生日:

床號:

成人吞嚥內視鏡檢查說明暨同意書

這份說明書是有關您即將接受的手術（或醫療處置）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這個手術（或醫療處置）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) 適應症：

舉凡有中風、頭頸部癌症或其它可能導致吞嚥困難或嗆咳的疾病。

(二) 進行的方式：

讓受檢者或病人吃下或喝入主食如糊狀時、全粥、軟飯、米食，副食：果凍、糊狀物、糊狀物有顆粒、含稠狀液體咀嚼嚥下食、咀嚼嚥下食、軟菜、正常食物，水分如 2.0%、1.5%、1.0%、0.5%，經由內視鏡查看吞嚥情形，檢查過程中(有可能)須由家屬或照護者在檢查室內陪同病人受檢。

效益：

經由手術（或醫療處置），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（或醫療處置）效益與風險性間的取捨，仍由您決定。

(一) 手術/醫療處置效益：藉由此項檢查，我們可以確定是否有嗆咳之情形，以決定之後治療的步驟。

(二) 手術醫療處置成功率：吞嚥內視鏡檢查除少部份病人之無法配合而無法完成檢查，其餘其檢查成功率接近100%

風險：

沒有任何手術（或醫療處置）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。受檢者或病人在檢查中不慎嗆入食物，可能導致吸入性肺炎(發生機率低於百分之一)。

(一) 檢查及治療的風險，包括喉嚨損傷、嗆到或吸入性肺炎、呼吸困難、嘔吐、心悸及可逆性血壓或血氧下降等，少數會出現休克、急性呼吸衰竭、急性心肌梗塞及致命性心律不整的併發症，上述併發症發生與病患年齡、心肺疾病、肝腎功能不全、感染嚴重度及出血量有關。整體的副作用發生可能性大約0.13%，而致死率約0.004%。

(二) 嚴重病患可能需要進行氣管內管插管、電擊、體外心臟按摩等緊急處置。

高雄市立小港醫院

(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)

Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital

病歷號:

姓名:

生日:

床號:

替代方案:

吞嚥攝影

一般注意事項:

(一) 請於約定時間至檢查地點辦理報到候檢，超過所約時間視為放棄。

成人吞嚥內視鏡檢查說明暨同意書(承上頁)

(二) 如臨時因故需更改日期，請於上班時間(星期一至星期五，早上 時;下午 時
不包含國定假日)與檢查單位聯絡，分機 。

(三) 臨床上自行吞嚥或行動有困難者，請由家屬或照護者陪同前來協助檢查。對說明書
內容若有疑問，請於上班時間向診間或檢查單位人員電話 (分機)聯絡。

特殊注意事項:

(一) 檢查前注意事項:

檢查前不需禁食

(二) 檢查中注意事項:

必要時需要請家屬或照護者在旁協助檢查，請儘量與醫護人員合作。

(三) 檢查後注意事項:

請於檢查後七天自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋(如無請勾選無)

無

說明事項

備註:本醫院為教學醫院，醫療團隊包含實習醫學生及實習學生參與。

說明醫師:

(簽章)

日期:西元

年

月

日

時

分(採用 24 小時制)

高雄市立小港醫院

(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)

Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital

病歷號:

姓名:

生日:

床號:

成人吞嚥內視鏡檢查說明暨同意書(承上頁)

(二) 如臨時因故需更改日期，請於上班時間(星期一至星期五，早上 時;下午 時 不包含國定假日)與檢查單位聯絡，分機 。

(三) 臨床上自行吞嚥或行動有困難者，請由家屬或照護者陪同前來協助檢查。對說明書內容若有疑問，請於上班時間向診間或檢查單位人員電話(分機)聯絡。

特殊注意事項：

(一) 檢查前注意事項：

檢查前不需禁食

(二) 檢查中注意事項：

必要時需要請家屬或照護者在旁協助檢查，請儘量與醫護人員合作。

(三) 檢查後注意事項：

請於檢查後七天自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋(如無請勾選無)

無

說明事項

備註：本醫院為教學醫院，醫療團隊包含實習醫學生及實習學生參與。

說明醫師：

(簽章)

日期：西元 年 月 日 時 分(採用24小時制)

高雄市立小港醫院

(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)

Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital

病歷號:

姓名:

生日:

床號:

成人吞嚥內視鏡檢查同意書(承上頁)

【同意書未完成填寫，無法執行檢查】

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，因疾病需接受需接受成人吞嚥內視鏡檢查。立同意書人已經與醫師討論過接受這個檢查的效益、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檢查，並保有此資料副本一份。

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：_____

中華民國_____年_____月_____日_____時_____分(採用24小時制)

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：_____

中華民國_____年_____月_____日_____時_____分(採用24小時制)

備註：

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. 若立書同意人意識清楚，但無法親自簽名且無其他親屬或關係人在場可簽署時，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人在場見證，本醫院所屬人員不宜為見證人。