

同意書

ふりがな

氏名： _____ 様 生年月日： _____

上部消化管内視鏡検査

上部消化管内視鏡検査は一般的に胃カメラと呼ばれ、管を口（もしくは鼻）から挿入して、食道・胃・十二指腸を観察したり、組織検査をしたりする検査です。癌や潰瘍などの診断に欠かすことのできない重要な検査です。

検査の実際

口もしくは、鼻から挿入します。検査中、呼吸は十分できます。食道・胃・十二指腸を空気で膨らませて観察していきます。病変などが見つかった場合、身体に害のない色素をかけたり、組織を一部採取して検査に出したり（生検）します。良性・悪性の鑑別には必要な検査です。出血しやすい病気の方・血の止まりにくくする薬を内服の方は必ず申し出てください。

合併症

前処置（鎮静剤を含めた）に伴う合併症としては全国統計で0.0059%（10万人に6人）と稀ですが、ショック・心肺停止など重篤なものがあります。（致死率は0.0001%、100万人に1人です。）検査に伴う合併症としては、出血・穿孔などがあります。検査全体の合併症の頻度は全国統計で0.012%です。（致死率は0.00076%、100万人に7～8人です。）万が一、合併症が発生した場合でもすみやかに対処できるよう万全の準備をしておりますが、その場合検査の内容の変更や治療の追加を行うことがあります。なお、切除術や処置についてはこの限りではなく、別途同意書を用意しています。

【内服薬について】

休薬するかどうかは主治医(処方医)の判断です。休薬時の場合、期間は以下が基準です。

※血栓のリスクが高い場合は、抗血栓薬を内服しながら、検査を受けることもあります。

※休薬しない場合でも、検査当日は、朝の抗血栓薬を使用しないでください。

※検査後、生検していなければ内服可です。生検した場合は、翌朝より内服してください。

抗血小板剤・抗凝固剤の中止で脳梗塞や心筋梗塞が発生する可能性があります。ワーファリンの場合は約1%の頻度で脳梗塞や血栓性疾患が発生する可能性があります。服用中止で何か新しい症状がありましたら、受診するようにしてください。

※なお、この検査は病状経過によって繰り返し行うことがあります。ご不明な点や質問がありましたら担当医に遠慮なくお尋ねください。

確認事項

検査の実際

口から 鼻から 挿入します。

組織検査のため、内服を中止する場合は、以下の内服を、

_____年 _____月 _____日 昼の分から、とめてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> バイアスピリン 3日間 | <input type="checkbox"/> リマプロストアルファデクス 1日間 |
| <input type="checkbox"/> クロピドグレル・チクロピジン 5日間 | <input type="checkbox"/> ワーファリン 3日間 |
| <input type="checkbox"/> プラザキサ以外のDOAC 1日間 | <input type="checkbox"/> プラザキサ (DOAC) 1~2日間 |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

私は、上記につき説明を受け納得しましたので、上記の検査を受けることに同意します。

記入日： _____年 _____月 _____日

患者様：
ご署名： _____

代理人様：
ご署名： _____ (患者様との関係 _____)

医師署名： _____ 同席者： _____
 同席者無 _____

同意書

ふりがな _____

氏名： _____ 様 生年月日： _____

鎮静剤投与に関する説明書

～ 内視鏡検査時に鎮静剤の投与を希望される患者様へ ～

過去に内視鏡検査を受けた時に苦しかった方、または検査に対して不安が強い方など、患者様からご希望があった場合に限り内視鏡検査時に鎮静剤の投与を行います。

注意事項

全身麻酔のように完全に眠った状態にはなりません。
アルコールを飲まれる方などは十分な鎮静効果が得られない場合もあります。
また、当日の医師の判断で鎮静剤の投与が行えない場合もあります。

なお鎮静剤の効果は人によって異なりますが、状態によっては検査後に病院で休んでいただくこともあります。半日ぐらい眠気やふらふら感が続くことがありますので、検査当日は絶対に車、バイク、自転車等の運転をしないでください。お仕事もできれば休んでください。

合併症

鎮静剤の投与により合併症が起こることがあります。

合併症には、注射部の炎症及び筋障害、静脈炎、血圧低下、ショック、呼吸抑制、呼吸停止などがあります。

日本消化器内視鏡学会の全国集計では合併症による死亡率は0.00013%（約80万人に1人）でした。

また、穿孔などの内視鏡検査の合併症が増加することも報告されています。

万一合併症が発生したときは最善の処置をいたします。

呼吸が弱くなった場合、一過性に人工呼吸器を使用することもあります。
この場合は入院を伴う場合がありますので、ご了承ください。

ご不明な点や質問がありましたら遠慮なくお尋ねください。

私は、上記につき説明を受け納得しましたので、上記の処置に同意します。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様
ご署名 _____

代理人様
ご署名 _____ (患者様との関係 _____)

医師署名： _____ 同席者： _____

同席者無