

患者 ID :
患者氏名 : 様
生年月日 :
性別 :

胃内視鏡検査に関する説明・同意書

【目的】

食道・胃・十二指腸を、詳しく調べるため内視鏡による検査を行います。
病変を認めた場合は、病理診断のため生検(組織一部を採取する検査)を行う場合があります。

【方法】

鼻(経口の場合は喉)に麻酔をかけて、内視鏡を鼻(または口)から挿入し消化管を観察します。
検査は約5分程度で終了しますが、病変が見つかり詳細な観察が必要な際には時間が多くかかる場合もあります。

脳梗塞や心臓病などのため血液凝固を阻害するお薬(ワーファリン・イグザレルト・バイアスピリン・プラビックスなど)を服用している場合は、後述の生検が出来ない場合がありますので、事前に医師と相談した上で検査を行います。

観察中、病変が見つかった場合、必要に応じて以下の処置を行うことがあります。

1. 生検検査: 組織の一部を採取し、細胞検査を行います。
2. 色素撒布: 人体に安全な色素を撒布してより詳細に観察いたします。

【危険性】

検査は細心の注意を払い行いますが、内視鏡による合併症として以下の様なことが報告されています。

1. 出血: 0.1%未満
2. 穿孔(胃に穴があくこと): 0.01%未満
3. ショック: 0.001%未満

このような場合には、止血処理・輸血・外科的手術あるいは蘇生などの緊急処理が必要になることがあります。

検査全体での死亡率は0.001%未満と報告されています。偶発症や緊急事態が生じた場合には、責任を持って対応致します。

十分ご理解頂けたら、以下の同意書に署名ください。
(本同意は任意意思につき、いつでも取り消すことは可能です。)

令和 年 月 日

患者氏名 _____

家族代理人氏名 _____ (続柄)

(文責) 芦花公園クリニック 院長 山本 良太