

上部内視鏡検査説明と同意書

検査の目的

口または鼻から内視鏡を入れて、食道、胃、十二指腸を観察する検査です。

貧血や腹痛の原因となるものがないかを観察し、必要時、潰瘍や炎症、腫瘍（ポリープや癌など）を確定診断するためにその部位より小さな組織を採取します。

検査の方法

経口の場合

- ①検査前に胃の中の泡を消すお薬とどの麻酔薬を飲みます。
- ②診察室の検査台に左側を向いて横になります。
- ③マウスピースを軽く歯でくわえていただき、口から内視鏡が入っていきます。

経鼻の場合

- ①検査前に胃の中の泡を消すお薬を飲みます
- ②両鼻に粘膜の腫れを抑える薬（1回）と麻酔のお薬（2回）を専用の注射器で噴霧します。
- ③診察室の検査台に左側を向いて横になります。
- ④通りやすい鼻より内視鏡を入れていきます。

※どちらの場合も内視鏡を通じて胃に空気をいれて膨らませるため、お腹の張りを感じたり、検査中、げっぷが出たりすることがあります。



代替え可能な検査

食道・胃・十二指腸の検査は内視鏡以外にバリウムなどで造影剤を用いた検査（胃透視）がありますが、異常がわかっても組織の検査はできません。また病気の正確な診断やその後の治療が遅れる可能性があります。特に病状の進行が早い病気の場合などでは、結果的に本来行うべき適切な治療を選択できない可能性が高くなります。

偶発症（合併症）

・鎮静剤使用や処置中に、呼吸が弱くなったり（呼吸抑制）、血圧低下や薬剤使用によるアナフィラキシーショックの可能性

処置中は酸素や血圧測定をする機械をつけ十分に観察しますが必要時は鼻や口から酸素をしたり、血圧低下には輸液を早めたり、必要な薬剤を使用することがあります。

・内視鏡挿入による粘膜損傷、出血や穿孔（穴があく）の可能性（全国集計で 0.024%）

出血が多い場合には必要時止血術を行ったり、薬剤を散布などの処置を行う場合もあります。穿孔（穴があく）を起こした場合には保存的治療で改善することもあります。緊急手術が必要になる場合、当院では対応できないため他院への転院となります。

その他にも予測不可能な偶発的な事態が起こることもあります。どの場合でも最善の治療・処置をさせていただきますが緊急を要する処置が必要な場合は転院していただくこともあります。

その他

治療に対してわからないこと、聞きたいことがあれば主治医、説明医師、看護師に聞いてください。

いったん同意書に署名をいただいた後でも、いつでも同意を撤回する事ができます。医療者へ伝えてください。

鎮静の説明・同意書

鎮静の目的

鎮静とは、刺激に対して緩徐に反応するか、または反応しない状態を指します。

検査・処置・治療（手術）に際し、以下のような状態時に苦痛やストレスを和らげるため、又は危険から身を守るために必要がある場合に鎮静を行います。

- 1) 検査や処置・治療（手術）を受ける

- 2) 不穏状態で本人に身体的・精神的危険がある
- 3) 痛みはないが、音や振動などの不快な状態がある
- 4) 痛みや苦痛があるため、意識を低下させることにより痛みや苦痛を軽減する必要がある

※鎮静を行なう間は、心電図や酸素飽和度等のモニタリングを必要に応じて行います。

鎮静剤投与の偶発症（合併症・副作用）

注射部位の炎症、静脈炎、血管痛、頭痛、吐気嘔吐、アレルギー、血圧低下、不整脈、呼吸抑制、低酸素血症、呼吸停止、覚醒遅延（なかなか目が覚めない）、健忘（検査前後の記憶がなくなる）などが起こり得ます。これら以外にも予期しない偶発症が起こり得ます。偶発症は確率的には低いながらも完全に避けることは不可能とされています。これらの偶発症が起きた場合、最善の処置を行なうよう努力しますが、入院・点滴・薬剤投与・酸素投与・気管内挿管・蘇生処置などが必要になることがあります。（2010年内視鏡学会報告では、偶発症発生率 0.0013%、死亡率 0.000024%）

また、元々の肺・心臓・循環器疾患等の状態によっては医師の判断で鎮静剤投与ができないことがあります。目が覚めた後も薬の影響が残り、眠気やふらつきが生じることがあるので自動車やバイク、自転車等の運転はできません。また、危険を伴う仕事をする事も出来ません。

代替え案

鎮静を行なわない方法もあります。

鎮静を行わずに検査をすると苦痛を伴う場合があります。また検査・処置等が出来ない場合があります

その他

鎮静剤投与の説明を受け上記内容を理解した上で鎮静剤の投与を了承された方は同意書にご署名の上、医師または看護師にお渡し下さい。使用後は 30 分～1 時間は休んでいただきます。同意が得られない場合、鎮静剤投与は行いません。また同意書を提出された後でも撤回することができます。いつでもお申し出下さい。

説明日 西暦 年 月 日 説明者 同席者

阪南中央病院 院長殿

1) 上部内視鏡検査同意書

私は、上部内視鏡検査を受けるにあたり、検査の目的や方法、また検査に伴う危険性や予測される偶発症（合併症）について説明を受けました。これらの内容について理解し、了承しましたので検査を受けることを同意いたします。また偶発症（合併症）をおこした場合は必要な処置を受けることに同意いたします。

西暦 年 月 日

ご本人署名

家族または代理の方署名

【続柄】

2) 鎮静剤使用の同意書

私は、検査・処置・治療（手術）時の鎮静剤投与を受けるにあたり、その目的や方法、危険性について説明を受け、十分理解した上で了承しましたので鎮静剤の投与を希望します。また、鎮静中・後に緊急処置を行なう必要が生じた場合には適宜処置を受けることに同意します。

また当日は自動車・バイク・自転車などの運転や危険を伴う仕事も行ないません。

鎮静剤の使用を（ 希望します 希望しません）

西暦 年 月 日

ご本人署名

家族または代理の方署名

【続柄】