

大腸内視鏡検査・内視鏡的ポリープ切除術(コールドポリペクトミー)

に対する説明書

説明書・同意書は検査当日にご持参ください

安心して大腸内視鏡検査を受けていただくために、依頼医院の主治医から検査の必要性和合併症の可能性について十分な説明をうけたうえで、患者さんの自由意志による同意を得て検査を行いたいと考えております。依頼医院の主治医の説明をお聞きいただき、疑問点は質問した上で納得され、大腸内視鏡検査および内視鏡的ポリープ切除術の実施に同意される時は、同意書にご署名のうえ、紹介状と一緒に海老名総合病院にお持ち下さい。

なお、同意を拒否されても、また実施直前に同意を撤回されても、診察上不利益を受けることはありません。

1.大腸内視鏡検査

1.-1 検査目的

肛門から内視鏡を挿入し直腸から盲腸(一部小腸の末端)まで挿入します。

大腸の病気を診断して適切な治療方針を立てることが目的です。

1.-2 検査方法

①検査を行うため、前処置が必要です。下剤や腸管洗浄剤を内服して頂きます。

②検査は20～30分くらいで終わりますが、検査内容によっては時間がかかることがあります。まれに、腸管の走行が難しい方や腹部の手術で大腸の癒着がある方では検査を途中で終了する場合があります。

③内視鏡を肛門より挿入し、大腸(一部小腸の末端)を観察します。

検査前または検査中に施行医の判断で、胃腸の動きを弱める薬剤(鎮痙剤)を使用することがあります。

鎮静剤を希望される方には検査が始まる前に点滴ルートを確認し、適宜鎮静剤を投与します。

④異常所見を疑われた場合には施行医の判断でポリープの切除または組織の一部を採取することがあります。特に痛みはございません。一時的に軽度の出血がみられますので抗血栓薬(血液をサラサラにする薬)を服用中の方、あるいは血液疾患にかかっている方は検査前にお申し出ください。

2.内視鏡的ポリープ切除術 ※治療を行った際の会計は検査費用から治療費用に変更となります。

2-1 治療目的

大腸癌のほとんどがポリープから始まることが分かっており、ポリープの形状が大きくなるにつれて癌化の傾向も強くなっていきます。小さくても形状がいびつだったりすると、悪性の可能性もあります。

ポリープの大きさ・形状を観察し、切除必要なものを切り取って良性か悪性か、また悪性であれば程度を調べます(病理組織診断)。病理組織診断結果にて問題なく切り取れていれば治療が完了します。もし、癌の程度が進行していた場合は外科的手術が必要になることがあります。

2-2.治療方法

内視鏡検査にて5～7mm程度のポリープ(腺腫疑い)が見つかった場合、入院をせずその場でポリープ切除ができます。一回の検査で3～4個までは切除しますが、内視鏡担当医の判断で個数が多い方やポリープの大きさが1cm程度認める方に関しては治療後の出血の危険性を考慮して数回に分けての治療もしくは入院して治療を勧めることがあります。

方法としては、内視鏡カメラよりジャンボ鉗子もしくはスネア鉗子(金属のワッカ)にて切除します。

ポリープを切除するので、一時的に出血はしますが自然に止血されます。出血が持続する場合は、クリップで切除した傷口をふさいで止血いたします。

注意:抗血栓薬(血液をサラサラにする薬)の内服を継続している方に関しては、ポリープ切除が出来ない場合がございますので、事前に依頼医にご相談して下さい。

3.常用薬について

3-1.常用している内服薬のある方は事前にご相談ください。

3-2.抗血栓薬(血液をサラサラにする薬)は必ず主治医(処方医)に内服方法を相談してください。

※独断で内服をやめないでください。

4.検査後

4-1.鎮静剤を希望する場合、危険な為ご自身で乗り物を運転(車・バイク・自転車等)しての来院はお止め下さい。

使用後は約1時間程度病院にて安静確認させて頂き、問題の無いことが確認出来ましたらご帰宅となります。

4-2.結果については、依頼医へご報告いたします。

海老名総合病院 検査共同利用

患者さん交付用

【病院記入/確認欄】 検査施行医

大腸内視鏡検査・内視鏡的ポリープ切除術(コールドポリペクトミー)

に対する同意書

5. 偶発症 (患者さんの不利益な合併症)

前処置による偶発症では腸管洗浄液の内服による腸閉塞(腸管に病変や便塊があり排泄が出来ない状態)、腸管穿孔(腸に穴があくこと)、嘔気・嘔吐、気分不良、冷汗、アナフィラキシーショックなどがあります。検査による偶発症では出血(組織検査による出血も含む)、嘔気、嘔吐、手足の痺れ、穿孔(大腸に穴があくこと)などがあります。

2016年度に報告された消化器内視鏡学会の全国調査では、前処置に対する偶発症は0.0036%(約3万分の1)、死亡率は0.000079%(約130万分の1)大腸内視鏡検査に対する偶発症は0.011%(約9000分の1)、死亡率は0.0004%(約25万分の1)と報告されています。

治療による偶発症では切除後に出血や穿孔(腸に穴があくこと)が起こることがあります。また、帰宅後に出血する場合があります。場合によっては緊急入院や再度内視鏡による追加処置や外科的手術が必要になることもあります。

偶発症については起こらないように細心の注意を払っています。万が一の偶発症に対しては最善の対処を致します。偶発症に対する処置(入院・手術・他必要な検査を含む)の医療費は患者負担(保険診療)となりますのでご了承をお願いします。

私は医師から、本検査・治療の内容・目的・必要性、及び、含まれる危険性・起こりうる合併症について十分な説明を受け理解をしましたので同意し、これを依頼いたします。

医療機関名: _____

説明医師の氏名: _____

同席看護師の氏名: _____

大腸内視鏡検査を 同意する ・ 同意しない

ポリープ切除を 同意する ・ 同意しない

年 月 日

患者さん署名 _____

保護者/代理人署名 _____

(続柄) _____

同席者署名 _____

(続柄) _____

緊急時の連絡先氏名 _____

(続柄) _____

緊急連絡先者のTEL _____

大腸内視鏡検査・内視鏡的ポリープ切除術(コールドポリペクトミー)

に対する同意書

5. 偶発症(患者さんの不利益な合併症)

前処置による偶発症では腸管洗浄液の内服による腸閉塞(腸管に病変や便塊があり排泄が出来ない状態)、腸管穿孔(腸に穴があくこと)、嘔気・嘔吐、気分不良、冷汗、アナフィラキシーショックなどがあります。検査による偶発症では出血(組織検査による出血も含む)、嘔気、嘔吐、手足の痺れ、穿孔(大腸に穴があくこと)などがあります。

2016年度に報告された消化器内視鏡学会の全国調査では、前処置に対する偶発症は0.0036%(約3万分の1)、死亡率は0.000079%(約130万分の1)大腸内視鏡検査に対する偶発症は0.011%(約9000分の1)、死亡率は0.0004%(約25万分の1)と報告されています。

治療による偶発症では切除後に出血や穿孔(腸に穴があくこと)が起こることがあります。また、帰宅後に出血する場合があります。場合によっては緊急入院や再度内視鏡による追加処置や外科的手術が必要になることもあります。

偶発症については起こらないように細心の注意を払っています。万が一の偶発症に対しては最善の対処を致します。偶発症に対する処置(入院・手術・他必要な検査を含む)の医療費は患者負担(保険診療)となりますのでご了承をお願いします。

私は医師から、本検査・治療の内容・目的・必要性、及び、含まれる危険性・起こりうる合併症について十分な説明を受け理解をしましたので同意し、これを依頼いたします。

医療機関名: _____

説明医師の氏名: _____

同席看護師の氏名: _____

大腸内視鏡検査を 同意する ・ 同意しない

ポリープ切除を 同意する ・ 同意しない

年 月 日

患者さん署名 _____

保護者/代理人署名 _____

(続柄) _____

同席者署名 _____

(続柄) _____

緊急時の連絡先氏名 _____

(続柄) _____

緊急連絡先者のTEL _____

大腸内視鏡検査・内視鏡的ポリープ切除術(コールドポリペクトミー)

に対する同意書

5. 偶発症(患者さんの不利益な合併症)

前処置による偶発症では腸管洗浄液の内服による腸閉塞(腸管に病変や便塊があり排泄が出来ない状態)、腸管穿孔(腸に穴があくこと)、嘔気・嘔吐、気分不良、冷汗、アナフィラキシーショックなどがあります。検査による偶発症では出血(組織検査による出血も含む)、嘔気、嘔吐、手足の痺れ、穿孔(大腸に穴があくこと)などがあります。

2016年度に報告された消化器内視鏡学会の全国調査では、前処置に対する偶発症は0.0036%(約3万分の1)、死亡率は0.000079%(約130万分の1)大腸内視鏡検査に対する偶発症は0.011%(約9000分の1)、死亡率は0.0004%(約25万分の1)と報告されています。

治療による偶発症では切除後に出血や穿孔(腸に穴があくこと)が起こることがあります。また、帰宅後に出血する場合があります。場合によっては緊急入院や再度内視鏡による追加処置や外科的手術が必要になることもあります。

偶発症については起こらないように細心の注意を払っています。万が一の偶発症に対しては最善の対処を致します。偶発症に対する処置(入院・手術・他必要な検査を含む)の医療費は患者負担(保険診療)となりますのでご了承をお願いします。

私は医師から、本検査・治療の内容・目的・必要性、及び、含まれる危険性・起こりうる合併症について十分な説明を受け理解をしましたので同意し、これを依頼いたします。

医療機関名: _____

説明医師の氏名: _____

同席看護師の氏名: _____

大腸内視鏡検査を 同意する ・ 同意しない

ポリープ切除を 同意する ・ 同意しない

年 月 日

患者さん署名 _____

保護者/代理人署名 _____

(続柄) _____

同席者署名 _____

(続柄) _____

緊急時の連絡先氏名 _____

(続柄) _____

緊急連絡先者のTEL _____

患者さん控

【検査共同利用】

海老名総合病院 院長 殿

【病院記入/確認欄】 検査施行医