

## 下部消化管内視鏡検査（大腸ファイバー）の説明書・同意書

【茅ヶ崎市立病院病診連携用】

下部消化管内視鏡検査（大腸ファイバー）を受ける患者さまへ

### 1. 検査の目的・必要性

下部消化管内視鏡検査は大腸の中を直接内視鏡で観察し、ポリープ、癌、炎症などの病気を発見し適切な治療を考えるために行います。小さなポリープが発見された場合はその場で治療（切除）を行います。

### 2. 検査前の注意

バイアスピリン、アスピリン、バファリン、パナルジン、ワーファリン、プレタール等血液が止まりにくくなる薬を服用している方は事前に申し出て下さい。狭心症、心筋梗塞、不整脈、緑内障、前立腺肥大のある方も申し出て下さい。

### 3. 下部消化管内視鏡検査による危険性（合併症）

麻酔や鎮痙剤、鎮痛剤によるアレルギー反応、気分不良、ショック、他が起こりえます。内視鏡の接触による疼痛や軽度の腫脹、出血、粘膜の損傷及び出血が起こりえます。大腸に穿孔（1/2000から1/4500）を起こすことがあり、大きなポリープを切除する場合は確率がやや高くなります。穿孔を生じた場合緊急開腹手術が必要です。ポリープを切除した場合、大出血（1/200）が起こりえます。合併症によっては入院となり、輸血、緊急開腹手術、その他の治療が必要になることもあります。

### 4. 検査後の注意

検査後下血や腹痛が生じましたら、すぐに病院に連絡して下さい。また、ポリープ切除術を行った場合、傷が治るのに2週間ほどかかります。2週間後に大出血を起こすこともあります。ですから2週間はお酒、運動、旅行は避けて下さい。

### 下部消化管内視鏡検査（大腸ファイバー）の同意書

私は下部消化管内視鏡検査に関してその必要性と合併症の説明を受け理解しました。私は内視鏡検査を受けることに同意します。また万一合併症を生じた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

平成 年 月 日 本人のご署名 印

家族または代理の方のご署名 印( 続柄: )

紹介元医療機関名

紹介元医師 印