**検査を受けられる患者様へ**

**名張市立病院**

**食道・胃・十二指腸内視鏡検査について**

**【検査の目的・必要性】**

上部消化管内視鏡検査は、食道、胃、十二指腸の中を直接内視鏡で観察し、胃炎、潰瘍、癌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。

**【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、前立腺肥大症のある方も申し出て下さい。

**【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、嘔吐反射による粘膜の損傷及び出血が起こりえます。また咽頭、食道、胃、十二指腸に穿孔を起こすことがあり、大きな潰瘍や腫瘍があると確率がやや高くなります。生検検査にて出血を生じることや、内視鏡中の唾液誤嚥等で後に誤嚥性肺炎等を併発することもあります。合併症によっては入院、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。

出血性胃潰瘍や食道静脈瘤破裂、硬化療法等内視鏡的に止血術を施行する場合には、施行時間がより長時間となり、前記の合併症以外に止血困難、出血性ショック、腎不全、縦隔炎等、重篤な合併症による急変もあり得ます。いずれも適切に対応します。

**【同意について】**

以上、ご理解と同意がいただけた場合は同意書に署名捺印をお願いします。

質問がございましたら、同意の前後に関わらず、いつでも医師・看護師にお尋ね下さい。

同意はいつでも取り消すことができます。

同　　意　　書

名張市立病院長　様

私は、食道・胃・十二指腸を受けるにあたり、検査の目的や方法、起こりうる副作用、偶発症について、上記に記載された事項を十分理解したうえで実施に同意します。

令和　　年　　月　　日

患者氏名

御家族など保証人

＊この用紙の「同意書」の部分に必要事項をご記入いただき、切り取らずに検査当日必ず御持参ください。