

小腸内視鏡検査同意書

(検査目的)

小腸にできる病気を見つけたり、治療するための検査です。

(方法)

小腸のバルーン内視鏡を使用して行います。当院ではシングルバルーン内視鏡を使用します。経口、あるいは経肛門から小腸内視鏡を挿入して検査・治療を行います。異常が疑われる場合は一部の細胞をとったり（生検）、出血などあれば止血処置などを行うこともあります。小腸は胃や大腸に比べて長く、検査時間は長くなることもあり、また全小腸を観察できないこともあります。

(偶発症について)

偶発症としては、穿孔（0.2%）、出血（0.07%）、誤嚥性肺炎（0.09%）、その他（感染、粘膜損傷など1.1%）といった胃カメラや大腸カメラと同様の合併症がおりうる他、急性膵炎（0.2%）があります。万が一偶発症が発生したときは、輸血や手術を含めた最善の処置を致します。また、鎮静剤を使用した場合は、呼吸抑制や血圧低下などが起こることがあります。程度によっては救急処置を要する場合があります。

私は上記の医療行為についてその必要性と内容、また、状況に応じた内容の変更、起こり得る危険性について説明致しました。

20 年 月 日

説明担当医師

同席者

私は検査の必要性とその内容、それに伴う危険性等について十分な説明を受け、理解しましたのでその実施に同意します。なお、実施中に緊急の処置を行なう必要が生じた場合は、適宜処置されることにも同意します。

20 年 月 日

患者署名

家族等署名

（続柄： ）

緊急時の電話連絡先