

胃内視鏡検査同意書

(日付) 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(内容) 胃内視鏡検査・組織検査

抗凝固剤・抗血小板剤 (バイアスピリン ・ パナルジン ・ ワーファリン ・ プレタール ・ プラビックス ・ プラザキサ など)

内服薬を 内服していない
 休薬しない
 休薬する _____ 月 _____ 日から

- 検査の合併症
1. 出血、咽頭食道損傷、穿孔等の発生頻度は0.012%と報告されています。
(日本消化器内視鏡学会による)
ほとんどの場合は内視鏡で止血されますが、治療のため入院や手術が必要になることがあります。
 2. 咽頭麻酔、鎮静剤使用にて数万人に1人の割合で血圧低下、アレルギー、呼吸抑制、ショック状態など重篤な副作用を起こす可能性があります。

医療機関名 _____ 紹介元医師 _____

- 検査前の注意
1. 検査時、緊張を和らげる作用のある鎮静剤を使用することができます。
鎮静剤を希望される方は、車・バイク・自転車で来院しないでください。
また、使用した場合は翌朝までの運転や機械操作もしないでください。

鎮静剤の使用を 希望します
 希望しません

柏市立柏病院 病院長 殿

担当医師から十分な説明を受け理解しましたので、その実施を承諾致します。なお、当該医療行為の施行中に診療上変更が必要になった際は、その変更ならびにその説明が事後になりうることも承諾致します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名(署名) _____

代理人氏名(署名) _____ (続柄 _____)

(注) 代理人欄は本人が未成年または署名できない場合にご記入ください。

検査時における抗血小板薬、抗凝固薬**継続**に関する説明および同意書
【説明内容】

様

脳梗塞、心筋梗塞、下肢静脈血栓症、肺梗塞等の治療予防のため、抗血小板薬（バイアスピリン、プラビックス、プレタール、パナルジン等）または、抗凝固薬（ワーファリン、ブラザキサ、イグザレルト等）が使われていることがあります。

これらの薬を使用したまま内視鏡等の検査、治療または外科的な手術等を受けられると一旦出血すると血が止まりにくくなり、危険なことがあります。

逆にこれらの薬を中止して検査や手術を受けると当然ながら血栓の予防効果が失われ、脳梗塞、心筋梗塞、下肢静脈血栓症、肺梗塞等の重篤な血栓症が起こることがあります。

そのため、これらの薬を服用中の患者さんでは薬を継続する出血のリスクと、薬を中止する血栓症発症のリスクの両者を考慮して中止するか継続するか判断する事になりますが完全に危険をゼロにすることはできません。

今回の検査に関しては、出血のリスクよりも薬を中止するリスクが高いと思われます。

西暦 年 月 日

医療機関名
紹介元医師

抗血小板薬、抗凝固薬に関する説明および同意書

私は、抗血小板、抗凝固薬に関する説明を受け、**継続**のまま治療を受けることに同意します。

柏市立柏病院 病院長 殿

西暦 年 月 日

患者氏名（署名）

代理人氏名（署名）

（続柄）

抗血小板薬、抗凝固薬中止に関する説明および同意書

様

診療行為（ ）に際しての抗血栓薬（ ）中止について

脳梗塞、心筋梗塞、下肢静脈血栓症、肺梗塞等の治療予防のため、抗血小板薬（バイアスピリン、プラビックス、プレタール、パナルジン等）または、抗凝固薬（ワーファリン、ブラザキサ、イグザレルト等）が使われていることがあります。

これらの薬を使用したまま内視鏡などの検査、治療または外科的な手術等をうけられると、一旦出血すると血が止まりにくくなり、危険なことがあります。

逆にこれらの薬を中止して検査や手術を受けると当然ながら血栓の予防効果が失われ、脳梗塞、心筋梗塞、下肢静脈血栓症、肺梗塞等の重篤な血栓症が起こることがあります。

そのため、これらの薬を服用中の患者さんでは薬を継続する出血のリスクと、薬を中止する血栓症発症のリスクの両者を考慮して中止するか継続するか判断する事になりますが完全に危険をゼロにすることはできません。

今回の診療行為に関しては、血栓のリスクより出血のリスクが高いと思われま

西暦 年 月 日 科
医療機関名
説明者氏名(署名)

抗血小板薬、抗凝固薬に関する説明および同意書

私は、西暦 年 月 日に実施される予定の上記の診療行為にあたり、抗血小板、抗凝固薬に関する説明を受け、薬を一時中止することに同意いたします。

柏市立柏病院 病院長 殿

西暦 年 月 日

患者氏名 (署名)

代理人氏名 (署名)

(続柄)