上部消化管内視鏡検査および鎮静剤使用に関する同意書

一般社団法人ウェルビーイング横浜
担当施設院長　殿

～ご注意～
同意書は、ボールペンでご記入ください。

ID：
名前：

私は、上部消化管内視鏡検査や鎮静剤投与を受けるにあたり、下記の項目にある検査の内容・危険性・偶発症発生の可能性などについて十分に理解しました。さらに、医療は不確実性を伴うため検査の結果は、完全に保証されたものではないことも理解した上で、自由な意思に基づきこの検査を受けることに同意いたします。

（下記、ご確認頂いた事項に☑を入れて下さい）

説明文書内容の理解について

□ 1.検査の目的
□ 2.検査の流れ
□ 3.検査前の注意事項
□ 4.検査後の注意事項
□ 5.検査に伴う危険性・合併症・偶発症について
□ 6.その他注意事項
□ 7.代替可能な検査について
□ 8.検査の同意を撤回する権利について
□ 事前に中止が必要なお薬の確認(一覧表)

今回ご希望の検査内容

□ **経鼻内視鏡** ※パーキンソン病治療薬のMAO阻害薬を使用している方は、受けられません

□ **経口内視鏡**

□ **経口内視鏡・鎮静剤使用**（※検査後～翌朝６時までは飲酒、乗り物の運転は致しません。）

□鎮静は不安や苦痛を和らげるために使用するものです。効果には個人差がありますので鎮静が不十分なこともありますが、安全上、適正量を超過する使用はできないことを理解しています。

□緑内障なし

□緑内障あり（次項要確認 ）

緑内障（疑い、眼圧が高い方を含む），視神経乳頭陥凹拡大を指摘されたことがある方について

□ 眼科医師の診断の上、鎮静剤使用可能であることを確認しています。

□ 眼科医師の診断のもと、鎮静剤の使用を希望します。

※ 鎮静剤使用については、書類持参（診断書など）、または眼科医師の診察又は電話でご確認下さい。

[西暦　　年　　月　　日　眼科医療機関名：　　医師名：　　]

転倒の危険性（車椅子や杖を使用、怪我や病気、年齢により足元が不安定等）に該当する方について

当院では鎮静剤使用後は普段以上に転倒の危険性が高まるため、付添同伴で帰宅することを推奨しています。

□ 付添を依頼して、一緒に帰宅します。（付添予定者 _____ 例 ： 夫 ）

□ 説明文書を承諾して、付添を必要としません。

裏面に続く

【生検】異常が見つかった場合、または、異常を疑う場合

□ **生検を希望します**

※ 約4,000円～15,000円(1～3臓器／保険診療)

※ 保険証をお忘れの方は、 10割負担になります。（後日、保険証提示で返金致します）

※ 日本の健康保険に未加入の方は、20割負担になります。（約35,000～100,000円）

□ **生検を希望しません**

歯について

□ 検査に伴う偶発症により歯の状況（健常歯や動揺歯、差し歯、インプラントなど）に関わらず、損傷を及ぼす場合があることについて理解しました。

糖尿病や肥満症、メディカルダイエットで、GLP-1受容体作動薬、もしくはGIP/GLP-1受容体作動薬を使用している方

食事制限を守られた場合も、食物残渣が見られることがあるため、事前にお申し出ください。

□ 最終使用日：20__年__月__日

□ ビクトーザ 、□トルリシティ 、□ オゼンピック 、□ リベルサス 、□ マンジャロ 、□ ウゴービ 、 □（_____）

がんの治療中もしくは現在もがんを患っている方

□ 主治医に内視鏡検査・生検検査が可能であることを確認しています。

□ 主治医の判断のもと、内視鏡検査・生検検査を希望します。

※内視鏡検査・生検検査の可否ついては、書類持参（診断書など）、または主治医の診察又は電話でご確認下さい。

[西暦　　年　　月　　日　医療機関名：　　医師名：　　]

神経筋疾患（ミオパチー、筋炎、重症筋無力症など）の方 ※筋委縮性側索硬化症（ALS）の方の内視鏡検査は行っていません

□ 主治医の診断の上、内視鏡検査・鎮静剤使用可能であることを確認しています。

□ 主治医の判断のもと、内視鏡検査・鎮静剤使用を希望します。

※内視鏡検査・鎮静剤の可否ついては、検査毎に事前に診断書を提出ください。

[西暦　　年　　月　　日　医療機関名：　　医師名：　　]

ご自身の身体状況について

□ 腹部手術（開腹手術、腹腔鏡手術、帝王切開）を１ヵ月以内に受けていません

□ 検査当日の 空腹時血糖70mg/ｄｌ以上・空腹時血糖250mg/ｄｌ以下である

□ 検査当日の体重が130kg未満です

□ 検査当日の血圧値が、BP180/110㎜Ｈｇ未満です

□ 検査当日の眼圧が25㎜Hg未満で、且つ眼痛など症状はありません

□ 妊娠又は妊娠の可能性はありません

（説明者署名欄）
医師（又は看護師）：西暦　　年　　月　　日　　時　　分　　署名：
医師（又は看護師）：西暦　　年　　月　　日　　時　　分　　署名：
【受診者ご本人署名欄】
西暦　　年　　月　　日　　時　　分　　署名：
【保護者又は、成年代理人署名欄】 ※受診者が署名できない場合
西暦　　年　　月　　日　　時　　分　　署名：　　（続柄：　　） **連絡先（電話番号）：**

【内視鏡検査前　抗血栓薬の休止薬一覧表】

分類	50音順	一般名（成分名）		商品名（先発品と代表的な後発品名）		消化器内視鏡診療 ★1,2 生検・出血低危険度	消化器内視鏡診療 ★1,2 大腸ポリープ切除
抗血小板薬	ア	アスピリン		アスピリン	アスピリン腸溶錠	休薬なし	5日休薬
				バイアスピリン			
	ア	アスピリン・ダイアルミネート配合剤		アスファネート	ニトギス		
				バッサミン	バファリン　※市販薬含む		
				ファモター			
	ア	【配合剤】アスピリン・ボノプラザンフマル酸塩		キャブピリン配合錠			
	ア	【配合剤】アスピリン・ランソプラゾール		タケルダ配合錠			
	ア	【配合剤】アスピリン・クロピドグレル硫酸塩		コンプラビン配合錠	ロレアス配合錠		7日休薬
	イ	イコサペント酸エチル（EPA）		イコサペント酸エチル	エパデール		1日休薬
				エパデールEM	エパデールS		
	オ	オメガ3脂肪酸エチル（EPA製剤）		オメガ3脂肪酸エチル	ロトリガ		
	サ	サルポグレラート塩酸塩		アンプラーグ	サルポグレラート塩酸塩		
	シ	シロスタゾール		シロスタゾール	プレタール		
	チ	チカグレロル		ブリリンタ			5日休薬
	チ	チエノピリジン系	クロピドグレル硫酸塩	クロピドグレル硫酸塩	プラビックス		7日休薬
			チクロピジン塩酸塩	チクロピジン塩酸塩	パナルジン		
			プラスグレル塩酸塩	エフィエント	プラスグレル塩酸塩		
	ヘ	ベラプロストナトリウム		ケアロードLA	ドルナー		1日休薬
				プロサイリン	ベラサスLA		
				ベラプロストナトリウム			
抗凝固薬	ア	アピキサバン		エリキュース		休薬なし	不可
	エ	エドキサバントシル酸塩水和物		リクシアナ			
	タ	ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩		プラザキサ			
	リ	リバーロキサバン		イグザレルト	リバーロキサバン		
	ワ	ワルファリンカリウム		ワーファリン	ワルファリンK	不可　★3	
血管拡張薬	カ	カリジノゲナーゼ		カリジノゲナーゼ	カルナクリン	休薬なし	1日休薬
	ヘ	ヘプロニカート		ヘプロニカート			
	リ	リマプロストアルファデクス		オパルモン	リマプロストアルファデクス		
冠血管拡張薬	シ	ジピリダモール		ジピリダモール	ペルサンチン	休薬なし	1日休薬
	シ	ジラゼプ塩酸塩		コメリアンコーワ	ジラゼプ塩酸塩		
	ト	トラピジル		ロコルナール	トラピジル		
脳循環改善・代謝薬	イ	イブジラスト		ケタス		休薬なし	3日休薬
	イ	イフェンプロジル酒石酸塩		イフェンプロジル酒石酸塩	セロクラール		
	ニ	ニセルゴリン		サアミオン	ニセルゴリン		

<参考文献>
※「循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン」2008年 日本循環器学会（2009年改訂版 2015/10 更新版）
※「脳卒中治療ガイドライン2009 」2009年 日本脳卒中ガイドライン委員会（日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本神経学会ほか）追補2017
※「手術医療の実践ガイドライン」2013年 日本手術医学会
※「EHRA PRACTICAL GUIDE」：非弁膜症性心房細動患者における新規抗凝固薬の実用ガイド（2012年）, European Heart Rhythm Association
※「科学的根拠に基づく抗血栓療法患者の抜歯に関するガイドライン2015年版」日本有病者歯科医療学会、日本口腔外科学会、日本老年歯科医学会
★1「心房細動治療（薬物）ガイドライン2015年改訂版」日本循環器学会, 日本心臓病学会, 日本心電学会, 日本不整脈学会
★2「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」2012年 日本消化器内視鏡学会　直接経口薬(DOAC)を含めた抗凝固薬に関する追補2017
★3「ワーファリン適正使用情報第3版」

ID	
名前	

【主治医確認書】
～消化管内視鏡検査における抗血栓薬の休薬について～

平素より大変お世話になっております。

この度、当院にて患者様の消化管内視鏡検査を行う事となりましたが、貴院より抗血栓薬の処方を受けていると伺いました。当院では「抗血栓薬服用者に対する消化管内視鏡診療ガイドライン」に基づき、抗血栓薬の休薬について下記のように定めております。

お手数ではございますが、内容をご確認の上、「～主治医記入欄～」に休薬可否や休薬期間をご記載いただきたく存じます。患者様のリスクを最小限にする為にもご協力のほど、宜しくお願い申し上げます。

【当院の基準】

当院では休薬に伴う血栓塞栓症のリスクを低減するため、抗血栓薬の内服を継続した状態で検査及び内視鏡治療が可能な場合があります。検査医の判断のもと、安全性を考慮して治療・検査を行いますが、抗血栓薬休薬に伴う血栓塞栓症のリスクが低い場合はより安全に内視鏡検査を行うため、休薬を検討いただくようにお願いしております。当院での治療が難しい病変を発見した場合は、入院可能な施設への紹介を行うなど、適切な対応を行います。

□下部消化管内視鏡検査（大腸ポリープ切除の希望あり）：
抗血栓薬の内服が１剤までであれば内視鏡治療が可能な場合もありますが、より安全を期すため休薬をご検討ください。休薬する場合は、「抗血栓薬の休止薬一覧表」にて休薬期間を確認ください。

※チエノピリジン/チカグレロル以外の抗血小板剤を２剤以上内服している場合、抗血小板剤が単剤であればポリープ切除が可能になりますので休薬の可否をご検討ください。
※抗凝固薬（ワルファリンカリウムや直接経口抗凝固薬；DOAC）服用中の方、チエノピリジンまたはチカグレロルを含む抗血栓薬を２剤以上服用中の方はポリープ切除を行うことができたないため休薬の必要はありません。

□上・下部消化管内視鏡検査（観察・生検のみ希望）：
抗血栓薬は休薬不要です。
※ワルファリンカリウム（ワーファリン等）を服用中の方は生検不可のため休薬の必要はありません。

～主治医記入欄～

【患者名】 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

【休薬可否】 可 ・ 不可 （○をつけてください）

【休薬する抗血栓薬名および休薬開始日】 ＿＿＿＿＿＿＿＿を＿＿＿日間休薬
※検査当日は休薬期間に含みません
※内服再開時期は検査医が指示いたします

【記載日】 20＿＿年＿＿月＿＿日

【医療機関名】 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【医師名】 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿