



中重度鎮靜止痛告知同意書

姓名:

出生日期:

性別:

身分證號:

病歷號碼:

基於疾病診斷之需要，我同意在內視鏡或其他檢查接受中重度鎮靜止痛，我同時了解此中重度鎮靜止痛是由麻醉專業人員親自執行，且麻醉專業人員已事先向我說明其目的是為了減緩檢查過程中之緊張不安和疼痛不適，亦向我一一說明相關風險、可能併發症及常見的副作用，並告知我須特別注意下列事項：

1. 有潛在性心臟血管系統疾病或腦血管系統疾病的受檢人，在檢查和恢復期間，有可能發生急性心肌梗塞或腦中風，情況嚴重者，可能導致重大傷殘或者死亡。
2. 在極罕見狀況下，可能會發生非預期之鎮靜止痛藥物特異過敏反應，當過敏情況嚴重時，可能導致重大傷殘或死亡。
3. 受檢人未依照檢查前衛教之禁食規定而私下飲食，或有腹內高壓（例如：腸阻塞、腹內重症等），可能會發生嘔吐，甚至造成吸入性肺炎。嚴重的吸入性肺炎，可能會併發致命的呼吸衰竭，導致死亡。
4. 在中重度鎮靜止痛過程中或檢查結束後，受檢人普遍會有程度不等的失憶、嗜睡、頭暈之藥理反應，這些藥效可能會持續 12-24 小時，直到藥物被身體完全代謝為止。
5. 在檢查結束後，受檢人有可能因第 4 點所描述之藥物作用而發生警覺性降低、注意力不集中或判斷力減弱等問題，醫院已強烈警告我接受中重度鎮靜止痛於檢查後，嚴禁自行開車返家，以避免危險，同時醫院也建議我在離院返家路途上，應該安排成年親友陪同，以避免因上述提及之副作用而發生意外。
6. 在檢查或處置過程中，使用鎮靜止痛可減輕您的焦慮與不適，約有 85% 的受檢人會進入舒眠狀態，但因個人體質或對藥物反應差異，有可能出現血氧下降、血壓降低的情形，為確保安全，醫療團隊會全程監測您的生命徵象，並依您的反應調整藥物劑量，即使在鎮靜中，仍有可能保有部分知覺，或需要額外照護程序，若在檢查中發生非預期的緊急狀況，醫療團隊會立即採取必要處置，受檢人應須同意配合相關治療。

當您接受中重度鎮靜止痛介入內視鏡檢查前，敬請詳加閱讀並嚴格遵守以下

檢查衛教及檢查當日相關注意事項：

1. 為確保鎮靜止痛的安全性，請務必遵守以下禁食規範：

■ 檢查前禁食 8 小時

■ 檢查 2 小時前可喝少量的水，但勿超過 250 c. c.

若未能遵從規範，可能會影響您此次的檢查排序或無法接受鎮靜止痛服務。

2. 請不要配隱形眼鏡、活動性假牙以及任何貴重物品。
3. 務必卸除指甲油包含光療及藝術指甲。
4. 如您患有氣喘或是有固定使用支氣管擴張劑的患者，請檢查當日隨身攜帶藥物。。
5. 若您有使用腸泌素成分的瘦瘦針或口服藥，請於檢查前依據藥物停用建議日數停藥，如針劑型需停藥 1 週，口服型的需停藥 24 小時。
6. 接受鎮靜止痛受檢人 24 小時內不可駕駛交通工具。
7. 接受鎮靜止痛受檢人 24 小時內應避免從事機械儀器操作或簽署重要文件。
8. 接受鎮靜止痛受檢人檢查當日需有成人家屬或朋友陪同返家。
9. 為確保安全完成檢查，於麻醉評估時，請主動告知以下訊息：

- 對麻醉藥物過敏。
- 六個月之內曾心肌梗塞或中風。
- 不穩定的心絞痛或嚴重心率不整。
- 有高血壓或糖尿病病史，且控制不穩定。
- 有重度慢性肺病或處於急性發作期。
- 呼吸道構造異常或有氣喘病史且於急性發作期或近期有上呼吸道道感染。
- 曾診斷有中、重度呼吸中止症，夜間睡眠需使用連續陽壓（CPAP）輔助器。

依上述各項說明，請慎重決定是否同意或適合接受此項檢查(或醫療處置)。

麻醉專業人員已向我充分說明上列事項，我了解中重度鎮靜止痛之目的、可能併發症、常見副作用和風險、其他替代方案及特別注意事項後，我同意接受中重度鎮靜止痛，特簽立此同意書。

麻醉醫師/技術師：_____ / _____ (簽章)

日期：公元 20____年____月____日 時間：____時____分

立同意書人：_____ (簽章)

日期：公元 20____年____月____日 時間：____時____分

家屬/緊急醫療決策代理人/見證人：_____ (簽章)

與病人關係：病人之_____ 聯絡電話：_____

(立同意書人非病人本人時，請繼續填下列資訊)

與病人關係：病人之_____

身分證號：_____ 聯絡電話：_____