

内視鏡検査同意書

患者様記入

四日市羽津医療センター
院長 殿

私は胃内視鏡検査についての説明書を読み、理解しましたので同検査を受けることに同意いたします。また予想外の緊急処置等が生じたときは、それに対する診療行為についても、あらかじめ同意いたします。

年 月 日

氏名（本人） _____

抗血小板薬・抗凝固薬についてのお願い

医療関係機関記入

担当医の先生へ

四日市羽津医療センター
院長

当院での胃内視鏡検査を予定している方です。

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に基づき、抗血小板薬・抗凝固薬の変更が必要になる場合があります（観察のみの場合は休薬する必要はありませんが、必要時生検希望の場合は下記に基づき変更・休薬が必要になります）。該当する薬剤を患者さんが服用中でしたら、お手数ですが別紙のフローチャートを参考に、患者さんへご指示をお願い致します。

当院では出血低危険度内視鏡の PT-INR 治療域を現時点では 2.5 未満としており、2.5 以上の場合は観察のみの GIF となり、生検が必要な場合は後日再検となることがあります。

予め、患者様にもご説明をお願い致します。

【指示内容】 ○をつけてください

- ① 該当薬なし または 抗血小板薬単独
- ② 抗凝固薬単独（ワーファリン以外）⇒内視鏡当日朝は休薬で生検可
- ③ 抗凝固薬単独（ワーファリン）⇒来院時 PT-INR 採血
- ④ 抗血小板薬・抗凝固薬併せて 2 剤以上
(ワーファリン単独に 月 日より変更) ⇒来院時 PT-INR 採血
- ⑤ 抗血小板薬・抗凝固薬併せて 2 剤以上 (変更不可能) ⇒観察のみ
- ⑥ 抗血小板薬・抗凝固薬併せて 2 剤以上
⇒ (アスピリン・プレタール・ワーファリン) 単独に 月 日より変更
- ⑦ 抗凝固薬単独で観察のみの内視鏡を指示

医療機関名 _____

医師名 _____

令和元年 12 月改訂