

(様式7-3)

地域医療室へTEL後FA

この書類は「検査等依頼書」「上部消化管内視鏡検査の同意書」と一緒にFAXしてください

上部消化管内視鏡検査(経口) 抗血栓薬 休に関する説明及び同意書

(宛先) 箕面市立病院長

説明医師署名

説明日 平成 年 月 日

私は、患者さまの病状、検査の必要性、危険性、合併症などについて以下のように説明しました。

休薬する抗血栓薬名 ()

【抗血栓薬を休薬する理由】

脳梗塞、心筋梗塞など血栓（血管内での血液のかたまり）によって発症する疾患を予防するために、抗血栓薬が使用されます。すべての抗血栓薬は血液を固まりにくくする作用を持っており、一度出血すると止まりにくくなります。そのため、出血が予測される検査、処置、手術をお受けになる場合には、現在内服中の抗血栓薬を中止する必要があります。

★抗血栓薬には、抗凝固薬（ワーファリン、プラザキサ、イグザレルトなど）と抗血小板薬（バイアスピリン、バファリン、プラビックス、プレタール、パナルジンなど）の2種類があります。

【予測される抗血栓薬休薬に伴う危険性】

抗血栓薬を中止すると、目的としていた血栓性疾患の予防効果を失い、脳梗塞や心筋梗塞、肺塞栓症などの重篤な疾患を発症する危険性があります。抗血栓薬中止による血栓性疾患発症のリスクを軽減させる方法としては飲水、点滴などで水分を補給する、あるいは作用時間の短い抗血栓薬（ヘパリン、カプロシン）の注射に切り替えるなどの方法があります。状況に応じて最善と思われる対策を行いますが、血栓性疾患の発症を完全に押さえることを保証するものではありません。抗血栓薬を中止することと継続することの両方の危険性を十分にご理解ください。

療

を受けることを希望される場合には、この同意書に署名をしてください。

抗血栓薬 休薬に関する同意書

私は、現在の病状並びに上部消化管内視鏡検査(経口)実施時の抗血栓薬の休薬について、十分な説明を受け理解いたしましたので同意いたします。

また、検査中に緊急または予測外の処置をする必要が生じた場合には適宜治療処置されることについても同意いたします。

患者 住所

氏名

カルテ番号

同意日 平成 年 月 日 署名()

注： 患者さまが自分で記載できない状態のときは、代理人が必要です。

患者さまが未成年者の場合には親権者(2名いらっしゃれば原則として2名)の署名が必要です。

それぞれ、自筆でご署名ください。

親権者または代理人 住所
氏名

親権者または代理人 住所
氏名

患者との続柄:

患者との続柄

同意日 平成 年 月 日

同意日 平成 年 月 日