

ID
氏名

説明書

診療行為

年 月 日生 男・女

胃ろう交換

【胃瘻交換とは】

胃瘻のボタン/チューブはある程度の間隔で交換が必要になります。（交換の時期については主治医に確認してください。） 期間内でも損傷や不具合が生じた場合には交換が必要になります。

【胃瘻交換の方法】

胃瘻交換の方法については、胃瘻の種類によって違ってきます。当院で現在使用しているものの大半は体表面からの交換が可能です。種類によっては内視鏡を用いた交換が必要になることもあります。

【胃瘻交換の確認】

胃瘻交換時、ボタン/チューブが確実に胃内に挿入されているかどうか重要です。

製品によってはガイドワイヤーを通して交換ができるものもあり、その場合にはあまり問題になることはありませんが、交換時に抵抗があった場合や交換が困難であった場合には、内視鏡検査やレントゲン検査によって、胃瘻が胃内に挿入されたことの確認をおこないます。

【胃瘻交換に伴い起こりうる合併症】

胃瘻交換の際に瘻孔を損傷することにより出血・感染などの合併症が起こります。

瘻孔を損傷すると、ボタン/チューブが胃内ではなく、腹腔内に挿入されることもあります。その状況で、経管栄養を行うと重篤な腹膜炎をおこし、生命に危険が生じます。

また、胃瘻拔去が困難な場合や拔去後の再挿入困難な場合もあり、原因検索のために入院が必要になることもあります。

内視鏡を実施する際には内視鏡に伴う合併症（出血、穿孔、誤嚥・窒息など）の可能性が出てきます。

【胃瘻交換後】

胃瘻交換後、当日から経管栄養を再開していただくことができます。

発熱や腹痛を訴える様子が見られた際には上記の合併症の可能性があります。
必ず医療機関に連絡をください。

注意) 内服されている薬剤によっては交換数日前からの中止が必要になります(たとえば、血をさらさらにする薬(抗凝固剤)等)。主治医 Dr に必ず確認をお願いします。

同意書を作成します。

ID

氏名

同意書

診療行為

胃ろう交換

年 月 日生 男・女

【説明】

- 病名・病状
- 診療行為の目的・必要性
- 診療行為の概略
- 診療行為の実施予定日・期間
- 診療行為の危険性（合併症・リスクの種類やその程度）
- 代替可能な医療
- 実施しない場合に予想される結果
- 患者の自己決定権について

以上のとおり、別紙の説明文書を使用し、説明しました。

年 月 日

説明医師

同席者

(職種)

【同意】

東京共済病院長 殿

私は、上記診療行為について十分な説明を受け理解しました。

その上で診療行為を受けることに同意します。

同意された場合でも、いつでも撤回することができます。その場合はお申し出ください。

年 月 日

本人署名

代理人署名

住所

(続柄)

複数の場合は欄外に記入

ID

氏名

質問票

診療行為

胃ろう交換

年 月 日生 男・女

年 月 日() 時 分～

【質問事項】 下記の各項目について、あてはまるものに○印をつけて下さい。

胃ろうを造設したのはいつですか？	(年 月) (病院名 :)		
胃ろう交換は初めてですか？		はい	いいえ
食物や薬物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？ 「はい」のお方は、それは何によるものですか？ ()		はい	いいえ
血液を固まりにくくする薬剤を現在服用していますか？ 「はい」の方：薬剤名 () 休薬期間 (/ ~休薬)		はい	いいえ
現在、糖尿病の治療中ですか？		はい	いいえ

上記の通り相違ありません。

年 月 日 本人署名 _____

代理人署名 _____ (続柄)

住所 _____

複数の場合は欄外に記入

東京共済病院