

胃瘻交換をされる方へ

施設名

患者名

様

《 当 日 》

① 平成 年 月 日 時迄に来院し受付をしてください。

② 処置室で採血をします。（感染症検査が必要な場合）

③ 内視鏡室の前でお待ちください。

胃カメラの同意書にご署名を頂きます。採血の結果がわかり次第、胃瘻交換の処置を行います。

<注意事項>

※下記の内服薬は休薬してください。

| 薬品名 | 休薬期間 |
|------------------------------|--------|
| バイアスピリン・エパテール | 7日～10日 |
| バファリン | 7日 |
| パナルジン・フラビックス | 7日～14日 |
| ワーファリン | 3日～7日 |
| フレタール | 2日 |
| ロコナール・ペルサンチン フロサイリン・オパルモン | 1日～2日 |

*上記以外でも抗血栓薬、抗凝固薬、脳循環、代謝改善薬などは休薬となります。
休薬されていない場合は処置が出来ませんので日改めて予約が必要となります。

※検査当日朝の胃瘻への注入は中止してください。

※体調不良の方は早めに連絡をください。

<当院取り扱いの胃瘻カテーテル>

カンガルーボタンII（定期交換：6か月に1回）

| サイズ | 長さ | | | | | |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 20Fr | 1.5cm | 2.0cm | 2.5cm | 3.0cm | 3.5cm | 4.0cm |
| 24Fr | | 2.0cm | 2.5cm | 3.0cm | 3.5cm | 4.0cm |

*カテーテルのサイズが上記以外の場合は取り寄せが必要になるので、事前に内視鏡室まで連絡をお願いいたします。

ご不明な点がございましたら内視鏡室へお問い合わせください。

尚、この用紙は当日ご持参ください。

TEL 042-365-1211
府中恵仁会病院
内視鏡室