

【主治医確認書】

～消化管内視鏡検査における抗血栓薬の休薬について～

平素より大変お世話になっております。

この度、当院にて患者様の消化管内視鏡検査を行う事となりましたが、貴院より抗血栓薬の処方を受けていると伺いました。当院では「抗血栓薬服用者に対する消化管内視鏡診療ガイドライン(Gastroenterological Endoscopy 2012;54:2073-2102)」に基づき、抗血栓薬の休薬について下記のように定めております。

お手数ではございますが、内容をご確認の上、「～主治医記入欄～」に休薬可否や休薬期間をご記載いただきたく存じます。患者様のリスクを最低限にする為にもご協力のほど、宜しく願い申し上げます。

～当院基準～

●消化管内視鏡検査のみ(観察のみ): 休薬不要

●生検: 主治医(または処方医)が休薬許可した場合のみ実施可

※検査当日は休薬期間に含めない

※内服再開時期は当院の検査担当医師が指示する

【1種類のみ】

アスピリン・クロピドグレル硫酸塩(コンプラビン配合錠)・・・1日間休薬

チカグレロル(ブリリント)・・・5日間休薬

プラスゲレル塩酸塩(エフィエント)・・・7日間休薬

【2種類以上(抗血小板薬2種類以上)】

⇒ 一部のみ休薬を要する

パターン1: アスピリン+チエノピリジン系・・・チエノピリジン系のみ7日間休薬

パターン2: アスピリン+その他の抗血小板薬・・・その他の抗血小板薬のみ1日間休薬

パターン3: チエノピリジン系+その他の抗血小板薬・・・その他の抗血小板薬のみ1日間休薬

【抗凝固薬について】

ワルファリンカリウム(ワーファリン等)を服用中の場合は休薬可否に関わらず、

生検は実施不可。その他の抗凝固薬は休薬なしで、生検実施可。

～主治医記入欄～

【患者名】 _____

【休薬可否】 可 ・ 不可 (○をつけてください)

【休薬する抗血栓薬名および休薬開始日】

1. _____ を _____ 日間休薬

2. _____ を _____ 日間休薬

3. _____ を _____ 日間休薬

【記載日】 20____年____月____日

【医療機関名】 _____

【医師名】 _____

ご不明な点がございましたら下記へご連絡下さい。

医療法人社団ミッドタウンクリニック 内視鏡室

TEL 03-5413-0080(代表)

医療法人社団 ミッドタウンクリニック

EGD用 2019年11月作成