

手術同意書(2-1)

0241753--2 050/09/24

男

術負責醫師姓名：郭立人

擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

疾病名稱：

痔瘡併血栓

建議手術名稱／部位：

超音波刀痔瘡切除

建議手術原因：

疼痛、血栓

醫師之聲明：

註：請圈選劃刀部位，若有植入物請加註 I(Implant)

我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

☒ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性

☐ 需植入物(種類：)之必要性及其費用

☒ 手術併發症及可能處理方式

☒ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式

☒ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀

☒ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

☐ 冰凍切片與常規(石蠟)病理切片的目的與差異性說明(詳見附註第二點)

我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

痔瘡併血栓
解尿困難

負責醫師簽章：



時間：105年10月5日12時10分

之聲明

醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術必要性、步驟、風險、成功率之

關資訊。

醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。

臺北醫學大學附設醫院

手術同意書(2-2)

醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。

我瞭解這個手術必要時可能會輸血；必要時 ☒ 同意 ☐ 不同意 輸血。
對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲
說明。

瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保
一段時間進行相關檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。

人同意此手術切除的組織，貴院可以進行必要的病理組織檢查及相關研究。

瞭解這個手術可能是目前最適當的選擇，但是這個手術無法保證一定能改善病情。
聲明，我同意進行此手術。

人簽名：

身分證字號：

關係(請圈選)：病人之本人、配偶、父母、兒女、其他

電話：

105年10月15日 12時50分

名(若無則免填)：

身分證字號：

關係(請圈選)：病人之本人、配偶、父母、兒女、其他

年 月 日 時 分

手術的風險

部麻醉以外之手術肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機
此時可能需要抗生素和呼吸治療。

部麻醉以外之手術腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能
散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。

臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。

機構與醫事人員會盡力為病人進行治療手術，但是手術並非必然成功，仍可能發
外，甚至因而造成死亡。

片檢查是在手術中將病灶組織取出，由病理科急速冰凍後製成切片，立即進行病
察與快速診斷，是一種暫時性的病理報告，主要目的是提供醫師快速病理診斷以
之參考。冰凍切片與常規病理切片的差別在於冰凍切片因術中選取組織標本偏
或冰凍後可能導致變形，冷凍程度差異不均，因切片條件不同、以致造成染色品
常規(石蠟)切片；也因為無法追加其他輔助染色檢查來幫助正確判斷，在時間緊
整臨床資訊等條件下，冰凍切片的診斷品質可能不及“常規(石蠟)切片”。冰
查後的剩餘組織，仍需進行常規切片及染色，發出最終的病理診斷報告。病理
料顯示，冰凍切片診斷和常規病理切片的最終診斷，可能會有一定程度偏差(不

人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載病人之關係。

分，如無見證人得免填載。