

東元綜合醫院
Ton-Yen General Hospital
手術同意書

基本資料

病人病歷號碼

病人出生日期 年 月 日

手術負責醫師姓名

胡家榮

一、擬實施之手術 (如醫學名詞不清楚, 請加上簡要解釋)

1. 疾病名稱: 左腕骨贅 Left wrist Snapping.

2. 建議手術名稱: Bone excision

3. 建議手術原因: pain

二、醫師之聲明

1. 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
- ☒ 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

2. 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:

- (1) May have injury to vessel, nerve and bone. May cause
- (2) infection. If occurred, another operation may be performed.
- (3)

3. 您(亦)可聽取其他醫師的意見作為參考

手術負責醫師簽名: 胡家榮 日期: 107年5月23日

時間: 09時00分

三、病人之聲明

- 1. 醫師已向我解釋, 並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
- 2. 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。
- 3. 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。
- 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血; 我 ☒ 同意 ☐ 不同意 輸血。
- 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等, 我能夠向醫師提出問題和疑慮, 並已獲得說明。
- 6. 我瞭解在手術過程中, 如果因治療之必要切除器官或組織, 醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告, 並且在之後會謹慎依法處理。
- 7. 我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。

基於上述聲明, 我同意進行此手術。

立同意書人簽名:

住址: ☒ 同本次住院通知單上之住址 ☐ 同初診資料表上之住址

住址:

日期: 107年5月23日 9時0分

見證人簽名:

日期: 107年5月23日 9時0分

關係: 病人之

電話:

關係: 病人之

電話:

一式兩聯: 第一聯: 病歷存(白) 第二聯: 病人收執(紅)