

何青俊 27 男 健保
1608882 急診 外科
107/07/07 15:17



仁愛醫療財團法人
JEN-AN HOSPITAL

手術同意書

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：

兩股骨，兩月端同段性骨折

2. 建議手術名稱：

全體內固定術

3. 建議手術原因：

治療

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：（請打✓）

☒ 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) 手術後必須照顧好傷口，且到了5月內不

(2) 可負重行走

(3)

手術負責醫師簽名：何青俊 日期：107年7月7日16時55分

專科別：骨科（※衛生福利部授予之專科醫師證書科別；若無則免填）

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。

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，如果因治療之必要而切除器官或組織，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。

（※若您拿到的是沒有醫師聲明之空白同意書，請勿先在上面簽名同意）

立同意書人簽名：Ha Tien Thanh 關係：病人之弟弟

身分證統一編號/居留證或護照號碼：BC 300 44916 電話：0982-580-269

住址：台中市大里區練武路33號

我 ☒ 同意 ☐ 不同意 手術必要時輸血。（請擇一） 日期：107年7月7日17時04分