

手術同意書

* 基本資料

病人姓名：

病人出生日期：____年____月____日

病人病歷號碼：

手術負責醫師姓名：

一、擬實施之手術（以中文書寫，必要時醫學名詞得加註外文）

1. 疾病名稱：

疑似卵巢癌

2. 建議手術名稱：☐左側 ☐右側 ☒不適用

腫瘤減積手術

3. 建議手術原因：

治療、診斷

(子宮切除術, 雙側卵巢輸卵管切除, 骨盆腔及主動脈旁淋巴切除及取樣, 大網膜切除)

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。

☐ 已告知病人可聽取其他科別醫師之意見。

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) 術前已說明清楚手術名稱，術中若有不可控之情形，會依病人情況增加、減少或改變術式。

(2) 上述之手術乃依病人於手術中情況，根據醫學文獻所作之決定，並於術後與病人及家屬做充分之解釋。

(3) _____

(4) _____

(5) _____

手術負責醫師簽名：丁大清



日期：11 年 11 月 29 日

專科別：婦產科

時間：10 時 15 分

(※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之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，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將他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。
8. 我 ☒ 同意 ☐ 不同意手術中因不可控之情形，需增加、減少或改變術式。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：	(簽章)	關係： ☒ 病人本人或 ☐ 病人之
(※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)		(立同意書人身分請參閱附註四)
身分證編號：	電話：()	
病人之地址：	11月29日 時間：21時25分	
見證人：	日期：____年____月____日 時間：____時____分	

附註：

一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術，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率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人非病人本人者，應填載與病人之關係。

三、見證人部分，如無見證人得免填載。

四、手術同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：

1. 病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
2. 病人之關係人，係指與病人有特別密切關係之人，如伴侶（不分性別）、同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。
3. 病人不識字，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

五、醫療機構應於病人簽具手術同意書後三個月內施行手術，逾期應重新簽具同意書，簽具手術同意書後病情發生變化者，亦同。

六、手術進行時，如發現建議手術項目或範圍有所變更，當病人之意識於清醒狀態下，仍應予告知，並獲得同意，如病人意識不清醒或無法表達其意思者，則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意。無前揭人員在場時，手術負責醫師為謀求病人之最大利益，得依其專業判斷為病人決定之，惟不得違反病人明示或可得推知之意思。

七、醫療機構為病人施行手術後，如有再度為病人施行手術之必要者，仍應重新簽具同意書。

八、醫療機構查核同意書簽具完整後，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。