

心導管檢查及心血管介入術 說明暨同意書(2-1)

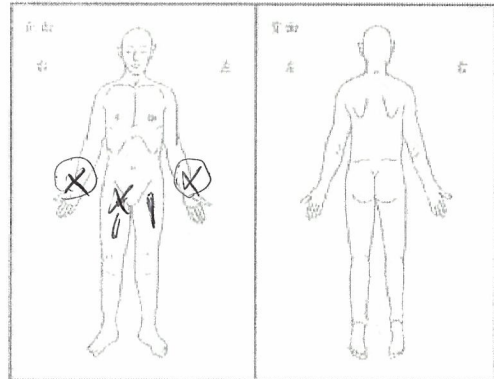
此份資料是有關您將接受的手術(或醫療處置)之效益、風險及替代方案的書面同意書，可做為您與醫師討論時的參考資料，期望您仔細閱讀，並充分了解內容；若有任何疑慮請於簽名前再與醫師討論，醫師會很樂意為您解答。

入)：_____。

一、手術(或醫療處置)

☒「心導管檢查」 ☒「心血管介入性治療處置」

☐其他(請填入)：_____。



二、手術說明：心導管檢查亦可將管子深入各心臟或血管的腔室中，執行血壓及血流的監測。冠狀動脈攝影檢查術是先在大腿或手腕打局部麻藥止痛，然後放入一根與原子筆芯大小相同的細管子到大腿或手腕的血管。順著血管把管子推上到心臟，進入冠狀動脈開口。經由管子將顯影劑注入冠狀動脈，對3條冠狀動脈血管照相，若3條冠狀動脈中有1個部位狹窄或堵塞時，會立即安排冠狀動脈擴張治療術，若發現2個以上部位狹窄或堵塞時，則可能分次進行。若病情已經太嚴重，根本無法進行擴張術時，會請心臟外科醫師做繞道開心臟手術。

三、手術(或醫療處置)效益：經由手術(或醫療處置)，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且檢查效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

1. 確定診斷。
2. 評估心臟功能。
3. 以心導管技術進行治療，如冠狀動脈氣球擴張術(PTCA)及血管支架術(Stenting)等。
4. 追蹤治療效果。

四、手術(或醫療處置)風險：(沒有任何檢查是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

冠狀動脈攝影檢查術：	冠狀動脈擴張介入治療術：
1. 死亡 $\leq 0.11\%$	1. 死亡 0.8-1.1%
2. 心肌梗塞 $\leq 0.05\%$	2. 心肌梗塞 $\leq 0.6\%$
3. 腦中風 0.07%	3. 腦中風 0.07%
4. 心律不整 0.38-0.5%	4. 心律不整 0.38-0.5%
其他風險：顯影劑不良反應(含過敏性休克，腎毒性) 0.37-0.6%、心衰竭 0.03-0.1%、感染等 1.98-2.2%	5. 血管傷害 0.43-0.6%
	6. 需緊急手術 0.5-0.6%
	7. 心臟破裂或心包填塞 $\leq 0.03\%$

當有ST上升型急性心肌梗塞時須緊急打通血管，一個月內平均死亡率2.5%，整體心肌梗塞死亡率近一成，若急性心肌梗塞嚴重到合併有休克或致命性心律不整，則死亡率 $>50\%$ 。

五、替代方案：(這個醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個醫療處置，可能會~~有危險~~，請與醫師討論您的決定。)

1. 不做手術，替代之治療方式就是規則吃藥，禁抽煙、控制高血壓、控制血糖、少油脂、少鹽。但可能症狀會較難控制以及無法預測之風險，如：心律不整、心臟衰竭、甚至發生急性心肌梗塞及猝死。
2. 發生ST波段上升型急性心肌梗塞，如果不做緊急冠狀動脈擴張治療手術時，於6小時

107年05月17日病歷管理委員會審查通過

心導管檢查及心血管介入術

說明暨同意書 (2-2)

內可考慮使用血栓溶解藥做為替代之治療方式，請參閱「使用血栓溶解藥之處置同意書」，有禁忌及風險之說明。

3. 若血管狀況太嚴重，則須心臟外科做「繞道開心手術」。

依上述各項說明，請您慎重決定是否接受此項手術（或醫療處置），並於下方□中勾選您的決定：

☐ 本人拒絕接受此項手術（或醫療處置）

☒ 本人同意接受此項手術（或醫療處置）

本人絕對信任執行醫師所為均基於善意，並同意接受此手術（或醫療處置）及其可能併發之不良後果。深信 貴院醫師及醫療人員已善盡診療責任避免意外之發生，若在執行手術（或醫療處置）期間發生緊急狀況，同意接受 貴院必要之處置。

本人保證出於自由意願簽署本說明暨同意書，表示已接受上述說明，充分了解與思考後所做決定，並保有此說明暨同意書副本一份（共2頁）。

說明醫師簽名：

時間：110年3月29日15時00分

簽署人簽名：[redacted] 身分證字號：[redacted] 關係：病人之

住址： 電話：

時間：110年3月29日15時00分

見證人簽名（若無則免填）： 身分證字號： 關係：病人之

住址： 電話：

時間： 年 月 日 時 分

執行醫師簽名：

時間：110年3月29日15時30分

附註：

一、手術（或醫療處置）是以較小風險換取較大風險不發生，但醫師並不保證您一定能獲得上述的手術（或醫療處置）效益；且手術（或醫療處置）效益與風險的取捨，應由您充分瞭解上述重要事項後自行決定。

二、上述手術（或醫療處置）風險是已被認定且重要的，但仍可能有部份無法預期或罕見的沒有列出。

三、簽名前請再次詳閱本同意書及其附註。

四、拒絕接受前，請再次考慮疾患自然過程可能產生的嚴重後果，倘若仍不願接受，請另考慮替代方案。

五、見證人部份，若無見證人則免填寫。

一式二聯第一聯存放病歷第二聯家屬自存

手術同意書(2-1)

手術負責醫師姓名：_____

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：

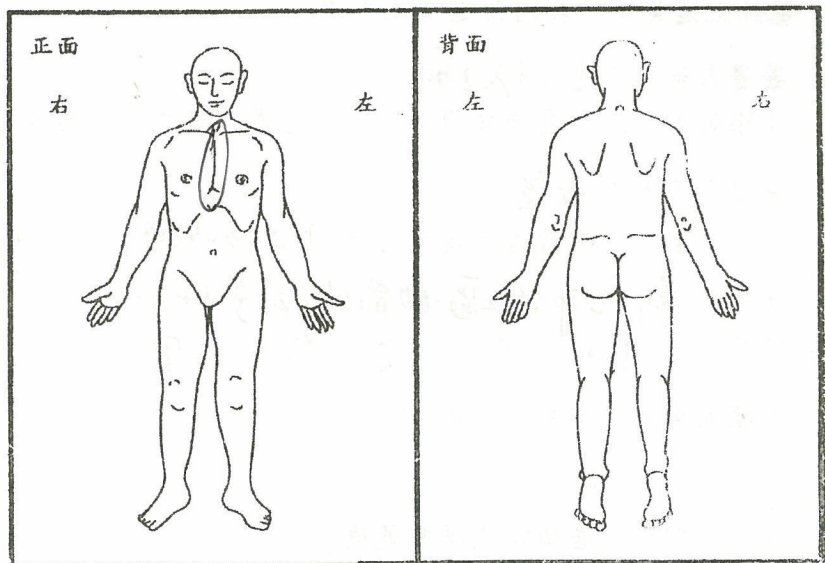
前縱膈腔腫瘤合併重症
肌無力

2. 建議手術名稱／部位：

正中胸骨切開前縱
膈腔腫瘤切除

3. 建議手術原因：

診斷及治療



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：

- ☒ 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
- ☐ 服用抗血栓藥物之可能影響及風險評估
- ☒ 如另有手術相關說明資料(☐衛教單張 ☒說明書 ☐醫病共享決策輔助工具)，我已交付病人
- ☐ 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)

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) _____
- (2) _____
- (3) _____

手術負責醫師簽名：_____

時間：110年3月26日14時30分

專科別：胸外科



(※衛生福利部授予專科醫師證書科別；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；必要時 ☒ 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，醫院可能會將它們保留一段時間進行相關檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
- 7. 本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。

109
年
11
月
18
日
病
歷
管
理
委
員
會
通
過

手術同意書(2-2)

8. 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。
9. 我同意在醫療行為期間，有關因醫療行為所生之所有爭議，一切以醫療行為發生地之法律為準據法。

基於上述聲明，我同意進行此手術

簽署人姓名：

簽名：

(※若您拿到無醫師聲明之空白同意書，請勿於同意書上簽名同意)

關係：病人之 女兒

身分證字號／居留證或護照號碼：

電話：

住址：

時間： 11 年 3 月 27 日 16 時 45 分

見證人簽名 (若無則免填)：

關係：病人之

身分證字號／居留證或護照號碼：

時間： 年 月 日 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、冰凍切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，立即進行病理學觀察與快速診斷，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供手術之參考。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差，組織冰凍後可能導致變形，冷凍程度差異不均，因切片條件不同、以致造成染色品質不如常規(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，在時間緊迫缺乏完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”。冰凍切片檢查後的剩餘組織，仍需進行常規切片及染色，發出最終的病理診斷報告。病理教科書資料顯示，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(不一致)。

三、手術同意書應由病人親自簽名。非病人本人，應於「與病人之關係欄」填載與病人之關係：

1. 病人未成年或因故無法表示其同意時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。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，如監護人等。
2. 病人不識字時，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

四、手術同意書簽署後，應於三個月內施行手術，逾期或簽署後發生病情變化，應重新說明並簽署。如於手術進行時，發現建議手術項目或範圍有所變更；亦或為病人施行手術後，有再度為病人施行手術之必要，皆需重新簽署手術同意書。

一式二聯
第一聯：存放病歷
第二聯：交病人留存



麻醉同意書(2-1)

麻醉醫師姓名 _____



一、擬實施之麻醉(如醫學名詞不清楚,請加上簡要解釋)

1. 外科醫師預定施行手術名稱:

經正中胸骨切開前縱膈腔腫瘍切除

2. 建議麻醉方式:

全身麻醉

二、醫師之聲明:

1. 我已經為病人完成手術前麻醉評估之工作。
2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式,解釋麻醉之相關資訊,特別是下列事項:

☒ 麻醉之步驟。

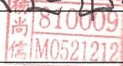
☒ 麻醉之風險。

☒ 麻醉後,可能出現之症狀。

☒ 如另有麻醉相關說明資料,我已交付病人。 麻醉說明書

3. 我已經給予病人充足時間,詢問下列有關本次手術涉及之麻醉問題,並給予答覆:

- (1) 麻醉後呼吸道阻塞,困難插管,肺中急性心臟梗塞,胎中阻
- (2) 胎中阻,肺中阻,困難插管,呼吸衰竭,肺炎之風險高
- (3) _____



麻醉醫師簽名: _____

時間: 110 年 3 月 18 日 時 分

三、病人之聲明

1. 我了解為順利進行手術,我必須同時接受麻醉,以解除手術所造成之痛苦及恐懼。
2. 麻醉醫師已向我解釋,並且我已了解施行麻醉之方式及風險。
3. 我已了解。
4. 針對麻醉之進行,我能夠向醫師提出問題和疑慮,並已獲得說明。

107
年
03
月
22
日
病
歷
管
理
委
員
會
通
過

麻醉同意書(2-2)

一式二聯 第一聯：存放病歷 第二聯：交病人留存

基於上述聲明，我同意進行麻醉

簽署人姓名：

簽名：

(※若您拿到無醫師聲明之空白同意書，請勿於同意書上簽名同意)

關係：病人之

身分證字號／居留證或護照號碼：

電話：

住址：

時間： 110 年 3 月 28 日 15 時 0 分

見證人簽名(若無則免填)：

關係：病人之

身分證字號／居留證或護照號碼：

電話：

住址：

時間： 年 月 日 時 分

附註：

一、由於您的病情，手術是必要的治療，而因為手術，您必需同時接受麻醉，除輔助手術順利施行外，可以使您免除手術時的痛苦和恐懼，並維護您生理功能之穩定，但對於部分接受麻醉之病人而言，不論全身麻醉或區域麻醉，均有可能發生以下之副作用及併發症：

1. 對於已有或潛在性心臟血管系統病之病人而言，於手術中或麻醉後較易引起突發性急性心肌梗塞。
2. 對於已有潛在性心臟血管系統或腦血管系統病之病人而言，於手術中或麻醉後較易發生腦中風。
3. 緊急手術，或隱瞞進食，或因腹內壓高（如腸阻塞、懷孕等）之病人，於執行麻醉時有可能導致嘔吐，因而造成吸入性肺炎。
4. 對於特異體質之病人，麻醉可引發惡性發燒（這是一種潛在遺傳疾病，現代醫學尚無適當之事前試驗）。
5. 由於藥物特異過敏或因輸血而引致之突發性反應。
6. 區域麻醉有可能導致短期或長期之神經傷害。
7. 其他偶發之病變。

二、麻醉同意書應由病人親自簽名。非病人本人，應於「與病人之關係欄」填載與病人之關係：

1. 病人未成年或因故無法表示其同意時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。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，如監護人等。
2. 病人不識字時，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

三、麻醉同意書簽署後，應於三個內施行手術，逾期或簽署後發生病情變化，應重新說明並簽署。如於手術進行前，發現建議麻醉項目或範圍有所變更；亦或為病人施行手術後，有再度為病人施行手術之必要，配合手術需施行麻醉者，皆需重新簽署麻醉同意書。