

22-05 床(男)
11100024721~70歲以上民



三軍總醫院松山分院

Tri-Service General Hospital Songshan Branch

腹股溝疝氣修補手術(處置)說明暨同意書

本人因罹患下列診斷之疾病需接受手術(處置)治療：有關手術(處置)治療之原因，過程或可能發生之危險性與併發症，均由主治醫師詳加解釋，病人或家屬已了解手術(處置)之必要性及可能發生之併發症，同時相信醫師與醫療人員必會善盡診療責任，避免意外發生。如遇緊急狀況，同意醫師及醫療人員進行適當的處理。

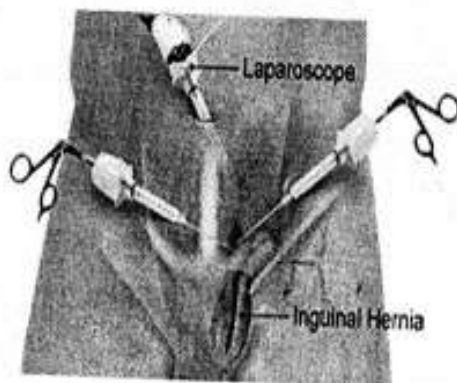
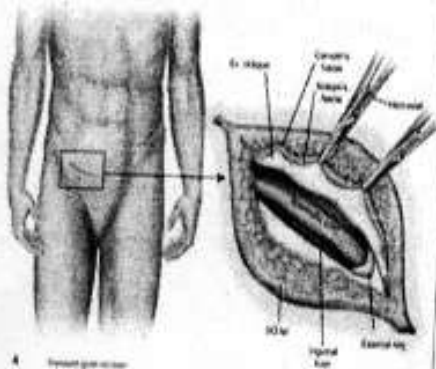
一、診斷與擬實施之手術(處置) (如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋)
1. 診斷：☒左側 ☐右側 ☐雙側 腹股溝疝氣

2. 建議手術(處置)名稱：☒左側 ☐右側 ☐雙側 腹股溝疝氣修補手術

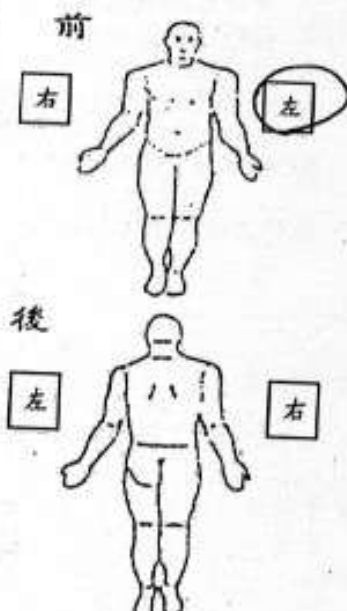
3. 建議手術(處置)原因：☒症狀改善 ☐其他：

二、手術(處置)：

因為罹患腹股溝疝氣須接受疝氣修補手術，採傳統或腹腔镜輔助方式進行，術後將可減少因疝氣導致的不適，並可避免脫垂之腸道組織壞死。手術將推回脫垂之腹腔組織，切除疝氣囊，並視病況使用自體組織或人工網膜修補腹壁。



手術部位標示確認



三、手術(處置)目的與效益：(經由手術，您可獲得以下所列效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項，且手術效益與風險性間的取捨，應由您決定。)
根治腹股溝疝氣與陰囊水腫

四、手術(處置)可能的併發症、預測風險及可能處理方式：參考 Sabiston Textbook of Surgery, 16th edition, 2001 版

1. 傷口疼痛 (發生率因人而異，但多數可以使用止痛劑緩解)。
2. 疝氣術後復發 (7%)，術後發生陰囊水腫 (0.5%)。
3. 傷口感染發炎，必須長期換藥，傷口清創，延遲縫合 (2%)。
4. 睪丸萎縮及下墜感 (1.8%)。
5. 出血合併血腫塊形成，少數病人需要再度止血或清除血腫塊 (1.3%)。
6. 腸子阻塞壞死，沾粘或破裂，須修補或切除重接 (0.7%)。
7. 膀胱破裂，須修補膀胱 (0.5%)。
8. 精索扭轉或斷裂 (0.3%)。
9. 傷口硬塊 (數週才會消腫或軟化)
10. 陰囊血腫 (< 5%)
11. 疝氣復發 (< 5%)。



◎任何手術都有其風險性，以上所列的風險已被報導過，但是仍然有一些無法預期的風險可能發生。

五、不實施手術(處置)之其他可能替代方案：除手術外，無替代方案。

六、健保給付說明：部分手術耗材需自費，視實際使用情況而定(另有書面說明)。

這份手術(處置)說明暨同意書是有關您即將接受的手術(處置)的效益、風險及替代方案的書面說明，請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術(處置)的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師

病歷號：
姓名：
生日：
病房/床號：



三軍總醫院松山分院

Tri-Service General Hospital Songshan Branch

充分討論，醫師會很樂意為您解答，您也可以有其他選擇的機會，讓我們一起為了您的健康努力。

七、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(處置)之相關資訊，特別是下列事項：
 - (1) 需實施手術(處置)之原因、目的、方式與範圍、風險及成功率、輸血之可能性。
 - (2) 手術(處置)併發症及可能處理方式、不實施可能之後果及其他可替代之治療方式。
 - (3) 預期手術(處置)後，可能出現之暫時或永久症狀；如另有相關說明資料，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(處置)的問題，並給予答覆：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

手術(處置)負責醫師：(簽名) 日期：西元 2022 年 8 月 5 日 時 分
醫師專科別：(*術後福利部授予之專科醫師證書科別；若無則免填)

八、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(處置)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(處置)可能預後情況和不進行手術(處置)的風險。
4. 針對我的情況、手術(處置)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。
5. 我瞭解在手術(處置)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。
6. 我瞭解這個手術(處置)可能是目前最適當的選擇，但是這個手術(處置)無法保證一定能改善病情。

基於上述聲明，我同意進行此項手術(處置)，並已完整閱讀同意書及說明書。

立同意書人簽名：

關係：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)

(本人、配偶或法定代理人)

身分證統一編號 / 居留證或護照號碼：

住址：

電話：

日期：西元

2022 年 8 月 6 日 時 分

緊急連絡人：

關係：病人之

電話：