



前列腺腫瘤根除手術同意書

一式二聯：二、醫師↓病人

病人姓名：[REDACTED]

病人病歷號碼：[REDACTED]

病人出生日期：1953 年 12 月 23 日

手術負責醫師姓名：馮思中

專科別：泌尿科

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 前列腺腫瘤
名稱：

2. 建議手術 達文西機械手臂輔助前列腺腫瘤根除手術(攝
名稱(部位)：攝腺)

3. 建議手術原因：前列腺腫瘤

二、醫師之聲明(有告知項目打「V」，無告知項目打「X」)

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

☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀

☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式

☒ 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) 病人無其他問題

(2)

(3)

(4)

(5)

手術負責醫師簽名：

馮思中

日期：2018 年 3 月 4 日

時間：15 時 0 分

三、病人之聲明(請立同意書人於手術負責醫師說明後簽署欄位註記「◎」者，註記「※」者得預先填寫)

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術之必要性、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。醫療法第63條規定但如情況緊急，不在此限)

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進行銷毀。

7. 我瞭解這個手術可能是目前最適當的選擇，但是這個手術有一定的風險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 [REDACTED] 關係：病人之本人 ※電話：(同本同意書第一聯)

(若是沒有醫師聲明之空白同意書，請勿先簽名同意)

※立同意書人地址：(同本同意書第一聯) [REDACTED]

◎身分證號/居留證或護照號碼：[REDACTED]

◎立同意書人簽署日期：2018 年 3 月 4 日 15 時 10 分

簽署本同意書時，請詳閱背頁之附註內容以及續頁之手術說明。

附註：

一、手術的一般風險

1. 手術後，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、呼吸治療或其他必要的治療。
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，仍可能發生難以預期的意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人非病人本人者，「關係欄」應予填載與病人之關係。

三、手術同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：

1. 病人為未滿20歲之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、亦無配偶、親屬或關係人可簽同意書時，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

四、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。

五、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。

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

七、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。

前列腺腫瘤根除手術說明

這份說明書是用來解說病人的病情、即將接受的「前列腺根除性摘除手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能的問題及未接受處置可能的後果，做為病人與醫師討論的資料。經醫師說明後若仍有疑問，請在同意書簽署前與醫師討論。

一、病情說明：依據前列腺切片檢查結果證實為前列腺惡性癌症及完成核磁共振(或電腦斷層)及骨頭掃描等癌症分期後，確認為局限性前列腺癌時，所施行的癌症治療方式。

二、目的與效益：達到徹底清除儲精囊、前列腺及其內的癌症組織，以避免腫瘤日後遠處轉移及局部週邊組織侵犯的發生。

三、執行方法：

(一)手術前一日需住院做術前準備(含抽血檢查、心電圖檢查、胸部X光檢查及腸道準備)午夜12點後須禁食，術前藥物會依病情酌量調整。手術當日須有家屬陪同。

(二)進入開刀房後，手術團隊成員會執行病人及部位確認，麻醉科醫師進行評估與麻醉後手術姿勢擺位、無菌消毒之工作。

(三)手術時可採行的術式主要有二，分別為傳統開腹前列腺根除手術以及微創達文西機械手臂前列腺根除手術，兩者間主要差別為傷口大小、術中手術視野清晰度、術中尿道縫合精細度之差別。

(四)術中醫師將前列腺及儲精囊摘除後，將膀胱及尿道再作縫合，並於其中放置尿管，以利尿道上皮的再生。術後須尿管留置。

四、可能併發症及處理方法(包含但不在其限)：合併症發生的機率與嚴重度，與病患本身術前身體狀況、疾病嚴重度及所接受侵入性治療的種類，而有不同。

(一)術中相關：出血、閉孔神經(obturator nerve)受傷、直腸受損。

(二)術後相關：

1. 術後延遲性出血：約0.5%。

2. 靜脈血栓栓塞症：約1.4%。

3. 勃起障礙：約10%，隨時間恢復。

4. 膀胱頸狹窄：0.5-10%。

5. 尿失禁：初期約8-10%，後會隨時間慢慢恢復。

五、成功率：攝護腺根除手術於本院成功率為99%以上。

六、替代處置方案：

(一)放射線治療(電療)。

(二)荷爾蒙療法。

(三)高能聚焦超音波療法(海扶刀)。

(四)觀察療法：定期監測PSA、肛門指診及攝護腺切片癌細胞惡性度分級。

七、未處置之風險：攝護腺癌日後侵犯週邊器官及遠處轉移之風險。

八、術後復原期可能出現的問題：術後延遲性出血、靜脈血栓栓塞症、勃起障礙、膀胱頸狹窄、尿失禁。

九、其他補充說明：微創達文西機械手臂前列腺根除手術為全自費治療項目。

參考文獻

1. Campbell-Walsh Urology 10ed, Chapter 102 Radical Retropubic and Perineal Prostatectomy.

2. Campbell-Walsh Urology 10ed, Chapter 103 Laparoscopic and Robotic Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy and Pelvic Lymphadenectomy.

立同意書人簽名： [REDACTED]