

# 手術同意書

馬偕紀念醫院

## 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：  
肺癌

2. 建議手術名稱：  
頸椎脊髓切開術

3. 建議手術原因：腫瘤壓迫造成嚴重疼痛

## 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
- 如有部份醫材須自費，我已事先向病人說明

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) 手術後可能發生單邊肢體肌力降低或可能失敗.....
- (2) .....

手術負責醫師姓名(正楷)：勞登之

簽章：勞登之/盧冠宇

專科別：疼痛科

日期：112-05-11 10:47

(※衛生福利部授予之專科醫師證書科別，若無則免填)時間：

## 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. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能會有部份醫材必須自費。
5. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我同意 不同意 輸血。
6. 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。
7. 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。
8. 我已經取得醫師交付手術相關說明資料；且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。

立同意書人姓名(正楷)

簽章

(※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)

關係：病人之 弟弟

(立同意書人身分請參閱附註三)

身分證統一編號/居留證或護照號碼

住址：

電話：

日期：112-05-15

時間：10:39:10

【背面尚有說明資料，請詳閱】

附註：

Form: MN-230

2-1

111年12月 病歷品質暨電子病歷管理委員會審核通過-100

# 手術同意書

## 馬偕紀念醫院

### 一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術後，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. 手術過程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，「與病人之關係欄」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. 病人為未成年人(不含未成年人已結婚者，有行為能力)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。

### 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。

這份說明書是有關您即將接受的手術（或醫療處置）的效益、風險及替代方案的書面說明，可作為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充分瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術（或醫療處置）的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

**一、手術（或醫療處置）目的：**治療疼痛。

**二、手術（或醫療處置）方法：**高頻熱凝療法係利用 X 光或者超音波導引併用神經刺激儀定位下將特製電極針放置至神經周圍，在神經旁釋放持續性電磁波產生高溫之熱凝效應，以阻斷神經傳導進而減緩疼痛。

高頻熱凝療法可以搭配不同模式或針具以強化止痛效果，包含冷循環式高頻熱凝療法、雙極高頻熱凝療法等。使用高頻熱凝療法時常合併藥劑輔助使用，以加強高頻熱凝療法的減痛效果，常用的藥劑包含局部麻醉藥物、類固醇或者高濃度酒精。

常見治療部位可能為三叉神經、脊椎旁交感神經鏈、肋間神經、周邊神經、支配關節感覺之神經例如脊椎小平面關節的內側神經、髖關節神經、膝關節神經、薦髂關節外側神經等。

所有的高頻熱凝療法皆不需要開刀及縫合，只需要扎針，手術後只留下針孔。

**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；且手術效益與風險性間的取捨，應由您決定。

根據不同治療部位，高頻熱凝療法可能緩解疼痛。

臨床經驗統計，高頻熱凝處置方式乃“以麻換痛”，接受手術後約 50-60% 的患者可以減緩一半以上的疼痛，平均持續三到九個月。影響疼痛緩解率及時程的因素複雜，常因人而異。

**四、手術之危險性及併發症：**沒有任何手術（或醫療處置）是完全沒有風險的，即使是最權威、最有經驗之資深醫師，手術併發症及副作用仍不能完全避免，嚴重時甚至可導致死亡。但每一位醫師都會秉持最大的能力與認真之態度為病人服務。以下所列的風險已被認定(<0.07%)，但是仍然可能有一些發生機率極小、醫師無法預期的風險未列出。

(一) 副作用：

1. 暫時性注射處疼痛、出血、血腫或瘀青。
2. 痛感增強：約 0.5 % 的病人會有短暫性的痛感增強，可能持續數周。
3. 新增痛感及感覺異常；通常短時間內會自行緩解。
4. 為達減痛而產生長期麻木(以麻換痛)。
5. 暫時性局部或肢體無力。
6. 暫時性的睡眠障礙、心悸、皮膚泛紅、水腫、血糖增高。

(二) 罕見的併發症：

1. 注射處感染，如：淺層皮膚肌肉組織感染、脊椎膿瘍、腹膜炎或敗血症。
2. 針扎造成氣胸、血胸、咳血、腸胃道穿孔。
3. 藥物不良反應，例如神經炎、組織壞死、過敏反應、過敏性休克、局部麻醉劑全身毒性(抽搐、昏迷、休克等)。
4. 硬膜外/硬膜下/蜘蛛網膜內藥物擴散致脊髓痲痹、神經性休克。
5. 針對三叉神經痛的高頻熱凝療法有顱內出血之可能 (<0.1%)。
6. 神經傷害多為暫時性(1/6700)，永久性的神經損傷甚至癱瘓機率甚低(1/240000)
7. 硬膜上血腫發生率 (1/168000)；發生率極低，但凝血功能不佳的病人，有較高的風險會產生血腫塊，若血塊壓到神經，有可能造成半身癱瘓。因此，如果您有在服用抗凝血藥物或有凝血功能異常病史的話，請主動告知醫護人員。

(三) 其他發生率很低或本說明書未敘述的併發症及其他相關醫療資訊，若病人及家屬代表想進一步了解，請書寫於本頁下方空白處，並請務必於簽署手術說明書之前，向主治醫師提出，與主治醫師討論。主治醫師將以書面答覆。

無相關問題，不需答覆。

問題：

答覆：

**五、替代方案：**這個手術（或醫療處置）的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術（或醫療處置），請盡速與醫師討論您的決定，醫師將儘快為您安排可銜接的替代方案。

- (一)藥物治療：如口服止痛藥。 (二)物理治療、復健治療。  
(三)脊椎創傷疾病：臥床及背架治療，但有神經損傷危險，仍建議手術復位及固定創傷部位。  
(四)其他。

**六、手術後續治療計劃：**

- (一)使用背架或護背。 (二)門診追蹤檢查。  
(三)其他手術治療。 (四)其他：

**七、手術成功率：**處置的成功率可能依病情與體況不同而異，您的醫師會詳細與您討論。如果經醫師說明後您還有對這個手術的任何疑問，請務必在簽名前詢問您的執行手術醫師。

**八、醫師補充說明：**

- (一)術中隨時可能因病情需要而使用特殊材料，可能是自費。  
(二)患者與醫事人員間之溝通與互信是疾病治療最重要之基礎，請將問題與醫師充分討論。醫療機構與醫事人員會盡全力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生其他併發症，特殊體質或體質虛弱的患者甚至會導致死亡。

手術後可能發生單邊肢體肌力降低或可能失敗

以上所列之手術效益、手術過程、可能的併發症及副作用、替代方案、手術成功率以及其他相關說明，均由主治醫師詳細告知。就說明有所疑問時，均在簽署手術同意書前詳細詢問有關醫師，立同意書人、病人及家屬均能充分了解，並保有此資料副本一份。

以上經過 勞晉之/盧冠宇 醫師（說明醫師簽章）於 112-05-11 10:47 說明；並已完全獲得病人或家屬了解 同意 不同意 接受本項手術或醫療處置之施行治療。如果對本項手術或醫療處置仍有疑問，可直接請教執行之醫師。

自費手術

立同意書人：\_\_\_\_\_（簽名蓋章）與病人關係：弟弟

立同意書人國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

立同意書人地址：\_\_\_\_\_

見證人：\_\_\_\_\_（簽名蓋章）與病人關係：\_\_\_\_\_

見證人國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

見證人地址：\_\_\_\_\_

中華民國： 112-05-15 10:40:26

附註：一、立同意書人原則上應由病人本人填寫，若因本人意識不清無法表示或為未成年人，而由法定代理人、配偶、親屬或關係人表示時，則應於「與病人之關係欄」填載與病人之關係。

二、見證人部分，如無見證人得免填載。

三、若需使用自費藥物/特材時，則需另行簽署自費藥物/特材同意書。