

健 保	自 費	其 他

體外震波碎石治療同意書

病歷號碼：_____

病人 _____，性別 _____，民國_____年_____月_____日生，因

左、右、雙 側腎結石

左、右、雙 側輸尿管結石，需實施 左、右、雙 側體外震波碎石手術，

經貴院醫師 _____（由醫師親自簽章）西元_____年_____月_____日

_____時_____分，詳細說明下列事項，並已充分瞭解，同意由貴院施行該項之手術：

一、需實施手術之原因：碎石治療

二、手術成功率或可能發生之併發症及危險：

1. 成功率：平均約 80 %（按部位不同）

2. 併發症：皮膚瘀血、短暫性尿血、腰痛、腹脹、嘔心、腎血腫(0.4%)、藥物過敏、高血壓、腎功能減退、尿路感染、尿路阻塞需其他治療方式、其他

檢查前停/用藥指示（未依指示停/用藥，可能造成無法執行檢查）

1.若有在服用影響凝血功能之保健食品或中草藥，建議至少停用七天。如：魚油、大蒜精、銀杏、納豆激酶、維生素E、輔酶Q10、葡萄糖胺、月見草油、亞麻籽油、人參、丹參、紅花、桃仁、莪朮、川七、沒藥、乳香、薑黃素等。

2.其他需停用藥品(如:抗凝血、抗血小板藥品...等)，請依照醫師指示，進行停藥準備。

貴院實施手術時，應善盡醫療上必要之注意，手術中或麻醉恢復期間，若發生緊急情況，同意接受貴院必要之緊急處置。

此 致

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

立同意書人簽名：

關係：病人之

住址：

電話：

日期：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日

時間： _____ 時 _____ 分

連絡人簽名：

關係：病人之

見證人簽名：

電話：

日期：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日

時間： _____ 時 _____ 分

健 保	自 費	其 他

體外震波碎石治療同意書

病歷號碼： _____

附註：

1. 立同意書人，由病人親自簽具；病人為未成年人或無法親自簽具者，得由下列醫療法第六十三條第二項規定得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
2. 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。
3. 醫院為病人實施手術後，如有再度實施手術之必要，除有醫療法第六十三條第一項但書所定情況緊急者外，仍應依本格式之程序說明並再簽具同意書，始得為之。
4. 醫療法第六十三條第一項規定：「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」
5. 診所實施門診手術時，准用本同意書。
6. 見證人部分，如無見證人得免填載。