

顱骨成形手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

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，可做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份瞭解資料的內容，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)有任何疑問，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

手術內容：

1. 手術於全身麻醉下進行
2. 切開頭皮與肌膜肌肉，露出顱骨缺損區域
3. 取出埋於皮下或儲存於骨銀行之自體骨片，或以人工骨水泥，或以鈦金屬鋼板製作之異體補骨片，進行顱骨修補
4. 檢查有無出血點並予止血，**需要時將**置放引流管，固定顱骨片，縫合頭皮傷口。
5. 病患於手術後留恢復室觀察一至二小時後回病房接受後續照顧治療。

手術效益：

1. 修補顱骨缺損，恢復外觀及顱骨保護功能
2. 改善部分神經功能障礙與不適症狀

手術風險：

1. 皮下血腫
2. 顱內出血
3. 癲癇發作
4. 中樞神經感染與傷口感染
5. 其他：心肌梗塞，深部靜脈栓塞，肺炎等，視病患身體健康狀況而有所不同

可能替代方案：

無，亦可詢問其他醫師之意見。

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、莢朮、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。

說明醫師：

(簽章) 時間:西元

年

月

日

時

分

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
顱骨成形手術說明書

病歷號：_____ 姓名：_____ 生日：民國_____ 床號：_____

本人(或家屬)已經與醫師討論過接受這個手術(或醫療處置)的效益、風險及替代方案，本人對醫師的說明都已充分了解，並且保有此資料副本一份。

與病人之關係：

其他：

病人(或家屬)：_____ (簽章) 時間:西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

見證人(如無見證人得免填載)：

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。

見證人部分，如無見證人得免填載