

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
一般皮膚手術說明書

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）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、皮膚手術介紹

- （一）切片手術：取得皮膚組織作病理檢查以確定診斷及治療方針。
- （二）切除手術：完全去除病灶。

二、上述治療極少數可能發生以下之副作用及併發症：

1. 傷口癒合不良
2. 傷口感染（發生率約百分之二）
3. 皮下瘀血，血腫
4. 傷口持續疼痛
5. 疤痕增生/蟹足腫產生
6. 其它偶發之病變及併發症

三、若有下列情況，請務必在手術前告知醫師：

1. 正在服用止痛藥、阿斯匹靈或抗凝血劑
2. 曾有對麻醉藥或抗生素過敏狀況
3. 曾有異常出血情形
4. 曾有傷口癒合不良情形
5. 曾有昏倒情形
6. 曾患高血壓、心瓣膜疾病、裝有心律調節器
7. 有蟹足腫或疤痕增生體質
8. 有抽煙、嗜酒情形

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、菝葜、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

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

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
一般皮膚手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

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