

局部麻醉手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

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、由於您的病情，需要作皮膚科手術，正因為手術，您必須同時接受局部麻醉術。

二、局部麻醉術可能發生以下暫時性的副作用：

(一)皮下瘀血（短期內自然消失）

(二)局部腫脹、麻痺

三、極少數可能發生以下之副作用及其併發症：

1. 由於藥物特異過敏可能引發突發性中樞神經系統反應，如痙攣、呼吸停止、心律不整（發生率為千分之一以下）、頭昏、噁心、視力模糊、顫抖等。
2. 對於已有（或有潛在的）心臟血管、腦血管系統疾病患者較易引起突發性急性心肌梗塞或腦中風（發生率為千分之一以下）。
3. 其它偶發之病變及併發症。

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，本人對醫師的說明都已充分了解，並且保有此資料副本一份。

病人(或家屬)：

(簽章) 時間:西元 年 月 日 時 分

與病人之關係：

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