

肝穿刺切片檢查說明暨同意書

病歷號：_____ 姓名：_____ 生日：民國_____年_____月_____日 床號：_____

有關您即將接受手術(或醫療處置)的效益、檢查的方式、內容、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對這個檢查仍有疑問，請您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、擬實施之檢查/治療：肝穿刺切片檢查

(一)檢查適應症：

(二)執行步驟與過程：

1. 檢查說明：

當病人患有肝炎、肝硬化或肝腫瘤等等，須要進一步了解疾病的嚴重度或病因(例如腫瘤為良性或惡性或肝臟纖維化的程度)時，必須取得少許肝組織做病理檢查。

在超音波導引下，醫師會使用細針穿刺肝臟切下一小塊組織做細胞學或病理學的檢查。取出的肝臟組織很少，不會影響本身的肝臟功能。

2. 檢查前準備：

(1)須禁食6小時。

(2)檢查前請排空膀胱。

3. 檢查的進行：

(1)醫師利用超音波導引確認病灶位置。

(2)消毒皮膚，並局部麻醉減輕疼痛。

(3)全程請配合醫師指示，正常呼吸(吸氣/吐氣)或閉住呼吸。

(4)醫師將穿刺針穿入肝臟並取下一小片肝臟組織。

(5)檢查後，以紗布覆蓋、黏貼膠布及砂袋加壓以防止出血。

4. 檢查後的注意事項：

(1)檢查後若無噁心、嘔吐現象即可正常進食。

(2)檢查後需以砂袋壓迫傷口6小時並絕對臥床休息。觀察6小時後，若無不適即可下床，48小時內避免劇烈運動或用力。

(3)若有疼痛難止、呼吸困難、心悸、頭暈、盜汗等現象時，需告知病房護理人員及醫師，以評估是否有併發症發生，並視需要安排必要之檢查及處置。

(三)手術/醫療處置效益及成功率：(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一定會獲得任何一項；且手術或醫療處置效益與風險性之間的取捨，應由您選擇及決定。)

肝臟切片檢查可取得約0.1 x 1公分的檢體，對肝臟病變可獲得最直接的證據，對臨床醫師可提供有用資訊。

(四)手術風險：(沒有任何手術或醫療處置是完全沒有風險的，以下所列是已被認定的風險，除此之外仍然可能有一些未被認定且為醫師無法預期的風險可能會發生。)

如凝血功能正常、無腹水狀況時，實施此檢查的安全性極高。但是如凝血功能異常、有腹水或需做切片的位置靠近血管或表面時，則出血或感染的風險較高。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

肝穿刺切片檢查說明暨同意書

病歷號：_____ 姓名：_____ 生日：民國_____年_____月_____日 床號：_____

(五)合併症發生的機率與嚴重度

一般而言肝臟切片是相當安全的檢查，約有 1/4 的人會有腹痛之情形，但多可以止痛劑緩解，約有九成以上之併發症在施行切片後 24 小時內即會發生，但只有 1~3%須要進一步住院處理，最嚴重的併發症為腹內出血，在施行切片後 1~3 小時即可出現明顯症狀，真正可引起生命危險者小於萬分之一。

(六)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，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。)

1. 除一般抽血、影像學能提供的資訊外，經皮穿肝的肝臟切片能提供最直接且更進一步的肝臟資訊。另外也可以考慮做經頸靜脈及肝靜脈做肝臟內切片，同樣有出血及感染的風險。或是以外科方式手術取得部分肝臟檢體。

2. 不實施醫療處置可能的後果

*可能無法獲得此項治療術提供之低侵襲性治療方式及好處。

(七)醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋(如醫師無補充說明，以下不需填寫)

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查/治療之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施檢查/治療之原因、步驟與範圍、檢查/治療之風險及成功率、輸血之可能性
- 檢查/治療併發症及可能處理方式
- 不實施檢查/治療可能之後果及其他可替代之治療方式
- 預期檢查/治療後，可能出現之暫時或永久症狀
- 如另有檢查/治療相關說明資訊，我並已交付病人

主治醫師：_____ (簽章) 西元_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，我已瞭解有關這個檢查的說明資訊，並且我已經瞭解施行這個檢查/治療的必要性、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，並且我已經瞭解檢查/治療可能預後情況和不進行檢查/治療的風險。
4. 針對我的情況、檢查之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
5. 我瞭解在檢查過程中，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。
6. 醫師已向我解釋，如果檢查/治療過程中發生立即性危及生命的情況，會依照應有的步驟治療。
7. 我瞭解這個檢查/治療可能是目前最適當的選擇，但是這個檢查/治療無法保證一定能改善病情。
8. 基於上述聲明，我同意進行 **肝穿刺切片檢查**

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

肝穿刺切片檢查說明暨同意書

病歷號：_____ 姓名：_____ 生日：民國_____年_____月_____日 床號：_____

立同意書人均瞭解貴院為教學醫院，為了提供更優質的醫療服務，在不影響病人隱私與顧及病人安全的情況下，同意由醫療照護團隊，進行各項診療服務及相關之教學活動。

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且已完成閱讀此同意書內容。

與病人之關係：本人 病人之_____

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

***若您拿到的是沒有醫師聲明簽章之空白同意書，請勿先在上面簽名同意**

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。