

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
放射腫瘤科 電熱治療同意書

病人： 病歷號：

因疾病願意接受電熱治療，在治療期間同意與醫療人員合作完全遵從醫囑，特立此同意書存照。 本人簽立此份同意書已經醫護人員解釋並且充分了解以下幾點：

一、 醫師之聲明：

1. 我已盡量以病人所能理解之方式解釋這項治療之相關資訊，並給予病人充分時間，詢問關於本次治療的問題、預後相關問題、須實施治療之原因、方式及範圍、總療程約6-8次(每週電熱治療1-3次不等)。
2. 可能之治療不良反應：發燒、疲倦、皮膚紅腫、脂肪結節、其他：_____
3. 療程中將拍照/治療姿勢照，以供身分確認及治療使用。

主治醫師簽名： **日期/時間：西元**

二、病人之聲明：

1. 醫師已解釋，本人（或家屬）已經了解施行這個治療的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊及我也了解可能的預後情況和不進行治療的風險，並且對醫師的解釋感到滿意。
2. 我確定熱治療之區域內身體無任何植入物。例如：鐵類不可（鈦合金類可）、金屬假牙、水袋、矽膠 …等）。
3. 我確定體內無「心臟節律器」、「植入式助聽器」。
4. 我明白行電熱治療區域須移除衣物，同意不同性別之醫療人員執行治療。
5. 我明白於治療前，任何金屬件（項鍊，戒指，珠寶首飾，鐘錶，管路，硬幣，手機，髮夾，筆等）或任何有線連接工具需移除。
6. 我確定無懷孕之可能性。
7. 同意進行電熱治療。

立同意書人簽名： **身分證字號：**

與病人之關係：○本人 ○配偶 ○父母 ○兄弟姊妹 ○子女 **電話：**

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分