

周邊動脈阻塞性疾病手術說明書

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(或醫療處置)：

(1) 手術名稱：

周邊動脈繞道手術 氣球擴張手術 支架放置手術

(2) 手術內容：

- a. 手術麻醉由醫師根據患者病情及需要選擇採用全身麻醉或半身麻醉。
- b. 繞道血管的選擇可分自身的血管及人工血管，據患者病情及需要選擇。
- c. 依攝影之結果，醫師會建議是否施行外科手術或氣球擴張術。
- d. 氣球擴張術施行方式是以氣球導管置於血管狹窄處，進而將氣球導管加壓擴張治療之。

手術效益：(經由手術，您可能獲得以下所列的效益，但手術效益與風險性間的取捨，應由您決定。) 周邊動脈阻塞合併以下情況時：

- (1) 長期間歇性跛行。
- (2) 傷口因受影響之血管血行不良無法癒合。
- (3) 缺血性疼痛。

繞道手術可能增加血流，改善症狀。

手術風險：(沒有任何手術(或醫療處置)是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

- (1) 手術死亡率：2-6%。
- (2) 手術後併發症：發生率約____%，並可能導致死亡。
 - a. 手術後出血：可能再次手術止血。
 - b. 心肌衰竭及低心搏出、急性心肌梗塞、心律不整等：以強心劑治療，可能使用主動脈內氣球幫浦、體外循環人工心肺器、心室輔助器、或心臟移植，死亡率為 48%。
 - c. 腦血管病變(及腦中風或腦出血)或低氧性腦病變：可能有後遺症，半身不遂或成為植物人。
 - d. 腎臟衰竭、呼吸衰竭、肺炎(可能使用人工呼吸器，作氣管切開術)神經病變、精神異常、消化道病變、肝功能異常或衰竭、胰臟炎、內分泌系統病變。
 - e. 感染。
 - f. 其他偶發之病變或與手術無關之疾病。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
周邊動脈阻塞性疾病手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

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)。

可能替代方案：

- (1) 藥物治療。
- (2) 血管內擴張或支架手術。
- (3) 截肢。
- (4) 其他。

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