

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

有關您即將接受的手術(或醫療處置)的效益、手術的方式、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手術(或醫療處置)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

1. 疾病名稱：聲帶良性腫瘤 喉部或咽部腫瘤 咽喉異物 其他_____
2. 建議手術名稱：喉直達鏡顯微手術
3. 建議手術/治療原因：
良性病灶切除 疑似惡性腫瘤切片 異物移除 其他_____
4. 執行步驟與過程
 - (1)到達手術室護理站後，醫護人員會先確認身份與手術部位，再進入手術室。
 - (2)平躺在手術床上
 - (3)麻醉：全身麻醉後消毒鋪單；
 - (4)進行手術：將喉直達鏡深入咽喉內，使用顯微鏡或影像系統放大手術視野，以顯微手術器械將病灶切除、切片或移除。若為腫瘤，手術所切下組織由病理科做切片檢查，約一週後可得知結果。
 - (5)術後至恢復室觀察，穩定後回病房
5. 手術效益：(經由手術，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；且手術效益與風險之間的取捨，應由您選擇及決定。)
 - 改善或增進音聲功能。
 - 確定腫瘤之診斷和分期。
6. 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。)
 - (1) 麻醉之風險：主要為心臟血管疾患、糖尿病、或其他內科疾病，對藥物不良反應之特異體質
 - (2) 頸椎的疾病
 - (3) 晚期惡性腫瘤的病例，可能會引起呼吸道阻塞。緊急時，需要氣管切開維護呼吸。
7. 合併症發生的機率與嚴重度：發生比例很低。如果發生，醫師會依據併發症發生種類的嚴重程度，採取必要的處置。
 - (1) 嘴唇、牙齦或門牙碰觸傷
 - (2) 軟顎部撕裂傷，一般在一星期內會自行痊癒
 - (3) 梨狀竇、咽喉或氣管穿孔。發生率極其罕見
 - (4) 喉痙攣，需緊急氣管插管或甚至氣管切開
8. 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) 聲帶良性病變的個案，可選擇禁聲休息的方式讓病灶逐漸痊癒，而不接受手術。
 - (2) 藥物緩和治療
9. 醫師補充說明：

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
喉直達鏡顯微手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

- (1) 極少數的個案可能因個人解剖結構的緣故，無法進行手術，但事前無法預知
- (2) 部分個案術後可能會出現味覺暫時異常現象
- (3) 由於手術過程頸部需要伸展，所以頸椎有疾病的個案，可能危險性較高
- (4) 手術過程中，於部分腫瘤移除，雷射是可能使用的選擇
- (5) 手術對於增進或改善音聲功能的成效，因個案有所不同，請和主治醫師充分溝通，以便了解個別的情形

10. 術後注意事項：

- (1) 聲帶手術後需禁聲 5 天，之後兩週需避免大聲講話、唱歌及說太多話
- (2) 術後應避免刺激性食物，特別是避免吸煙
- (3) 從術後可以進食起，應補充適度水份以減少喉部痰液感覺。

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

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次檢查/治療的問題，並給予答覆：

(1)_

(2)_

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、莢朮、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)：

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
喉直達鏡顯微手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

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