

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
鼓室成形術手術說明書

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、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。

一. 擬實施之檢查/治療：

1. 疾病名稱：

2. 建議手術名稱：

3. 建議手術/治療原因：

腫瘤 感染 出血 壓迫 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；消毒鋪單後局部麻醉，施打麻藥時，會稍微有疼的感覺

(4)進行手術

(5)術後至恢復室觀察，穩定後回病房；衛教、更衣、批價、回家

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。)

● 感染(流膿、疼痛)的控制。

● 機能(聽覺及平衡)的改善。

● 耳膜修補以利游泳等運動。其中有關聽力改善的可能性，會受病變的嚴重度(中耳、內耳)，而有因人而異的結果。耳膜破損修補成功的機率約為 80-90%，而術後聽力反而較差的可能性約小於 1%。

6. 手術風險：(沒有任何手術(或醫療處置)是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是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。)

本手術可能之併發症如下：

● 若耳咽管(歐氏管)的功能不好，會導致中耳腔的通氣功能障礙，而使修補過的耳膜發生塌陷或再穿孔，中耳內也因引流不順而會滋生肉芽組織。目前雖然術前可以施行耳咽管功能檢查，但因有偽陽性與偽陰性的可能性，僅能供作參考，而不能以之作為合適或不合適手術之依據。

● 術後仍有小於 1% 的可能性聽力會更差，可能的原因是內耳的聽覺細胞對於中耳的手術時器械操作產生之壓力及噪音之不耐反應。

● 良聽耳或單聽耳的手術，風險較大，宜審慎考慮；但若病耳為膽脂瘤性的中耳炎，則因不手術也可能逐漸破壞內耳使聽力變差，仍必須及早手術。

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。

如：內科療法、手術治療、復建治療...等。

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。)

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
鼓室成形術手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

(1)緩和症狀的藥物療法。

(2)復建治療。

9. 醫師補充說明：

加護病房照護及輸血：一般不需要。

10. 術後注意事項：

- 傷口疼痛、手術當日頭暈及喉嚨不適，屬於正常現象。繃帶包紮過緊會引起頭部疼痛，應告知護理人員處理，敷料滲血出來亦應通知更換。若手術前病情較嚴重，已影響內耳時，術後頭暈的時間會較長，可長至數日才會消失。
- 出院後請按預約時間回診。回去後耳道口若有小量滲血請以市售耳用小棉棒輕輕擦拭。疼痛加劇或有化膿現象則應儘快回診。應經常洗手並避免與感冒者接觸以防感染引至中耳。
- 若有施行聽骨重建者在3個月內應避免碰撞及跳躍性的運動。搭乘飛機亦以3個月以後較為安全，游泳則需醫師檢查同意。
- 術後3個月需施行聽力檢查以為結果之評估。

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、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

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
鼓室成形術手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

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