

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
顱顏合併手術說明書

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。

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：

聽力受損 感染 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跟手術部分，再進入手術室。

(2) 平躺到手術床上

(3) 全身麻醉後消毒鋪單

(4) 進行手術

(5) 術後至恢復室觀察，穩定後回病房

5. 手術效益：

聽力改善。少數病人因置入人工鐙骨之不適應會有眩暈之情形產生，必要時必須立刻行手術將人工鐙骨取出，以改善眩暈之狀況。

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醫師無法預期的風險未列出。有 1-2% 的可能性，術後聽力比術前更差，其原因不明，故單聽耳或良聽耳不宜手術。

7. 合併症發生的機率與嚴重度：發生的比例很低。如果發生，醫師會依據病發症發生類型的嚴重程度，採取必要的處置。如：內科療法，手術治療，復健治療等。

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戴助聽器或許是另一個解決聽力障礙的方法。

9. 醫師補充說明：

(1) 眩暈為短期現象，若持續超過 3 天，可能是人工鐙骨放入過深，宜再進入手術室調整。

(2) 術後若突然發生聽力急劇下降，亦應再進入手術室將人工鐙骨取出。

(3) 術後 3 週內不可過度用力、劇烈運動或用力擤鼻涕。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
顱顏合併手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床號：_____

10. 術後注意事項：

若有眩暈加劇，或是顏面神經麻痺情形，要立即跟醫師反應。有咳嗽或是打噴嚏之情形，也是要跟醫師反應，避免過度用力的情形發生。

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

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
顱顏合併手術說明書

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