

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
更換性體外循環維生系統(ECMO) 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)的任何疑問，請在簽名前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。

手術(或醫療處置)：

- (1)手術名稱：更換性體外循環維生系統(ECMO)
- (2)手術內容：更換機械性體外循環維生系統(ECMO)

手術效益與注意事項：手術成功率：90% (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。)補充說明：

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)

一般手術及麻醉的風險(90%)：

- (1) 使用全身麻醉的時間較長時，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
- (2) 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
- (3) 有其他重大內科疾病之患者，如有糖尿病、心肺、肝臟、腎臟、內分泌、腦病變及腫瘤等，均有較高之手術風險。補充說明：

併發症：出血及感染

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)補充說明：

醫師補充說明：以上所列各項可能發生之併發症及副作用以及其他與病症有關之部分，均由主治醫師詳細告知，並就說明有所疑問時，均在立同意書前詳細詢問有關醫師，立同意書人、病患及家屬均充分了解。

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。

病人(或家屬)： (簽章) 時間:西元 年 月 日 時 分

與病人之關係：

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

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
更換性體外循環維生系統(ECMO) 手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

生日：民國_____

床