

病室床號： / 科別：
 病歷號： 男
 姓名： 女
 生日： 年 月 日

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
放射線部超音波導引表淺部位介入性檢查診療
說明書暨同意書

超音波導引表淺部位介入性檢查診療說明書

一、檢查的目的與效益

藉由表皮穿刺對(甲狀腺、淋巴結、乳房、軟組織、或身體其他部位_____)的病灶施行抽吸、切片、或引流，以利疾病診斷或治療。

二、檢查的方式

利用細針穿刺病灶，施行抽吸、切片、或引流。

三、檢查的風險和機率

麻醉劑過敏、局部皮膚瘀血、出血、血腫、穿刺部位感染...等等，風險項目與機率視穿刺部位與病人病況之不同而定。輕微(約3-5%)之併發症觀察追蹤即可，嚴重(約0.3-1%)之併發症可能須住院觀察甚至手術治療。

四、檢查的併發症及可能處理方式

輕微(約3-5%)之併發症觀察追蹤即可，嚴重(約0.3-1%)之併發症可能須住院觀察甚至手術治療。

五、檢查可能出現之暫時或永久症狀

局部疼痛或不適感(約10-20%)、局部皮膚瘀血(約10-30%)。

六、不實施檢查之後果及其他可能代替之方式

若不實施此項檢查，可能有病情加重之風險，或是無法獲得疾病之診斷，以致無法施予最佳之治療。

可另選擇侵入性的措施以替代本檢查，例如手術。相關事項可諮詢您的主治醫師。

七、檢查的前、中、後注意事項

檢查前：應了解本次檢查的原因與目的，在詳閱說明書並了解醫師解說後簽署同意書。

檢查中：配合操作醫師之指示，若感不適或有疑問，應立即告知操作醫師。

檢查後：遵從注意事項，觀察是否有併發症之相關徵兆，須停留15分鐘後再行離開。

八、健保給付說明

本項檢查健保給付，但若有不在健保給付範圍，執行檢查醫師將會向您說明須自費的部份。
(接下頁)

聯絡暨諮詢電話：電話：02-28757594，放射線部

頁數 1/2

※這份說明書是用來向您解說即將接受的檢查之目的與效益、方式以及可能的併發症，請詳細閱讀內容，待醫師說明後，再簽署同意書。

病室床號： / 科別：
病歷號： 男
姓名： 女
生日： 年 月 日

臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital
放射線部超音波導引表淺部位介入性檢查診療
說明書暨同意書

超音波導引表淺部位介入性檢查診療同意書

一、擬實施之檢查（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋） 1.

疾病名稱：

2.建議檢查名稱：超音波導引表淺部位介入性檢查診療

3.建議檢查原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人能瞭解之方式，解釋這項檢查之相關資訊，特別是下列事項：

需實施檢查之原因、目的 不實施檢查之可能後果

檢查方式 其他可能替代之檢查方式

檢查之風險和機率 檢查併發症及可能處理方式

預期檢查後可能出現之暫時或永久症狀

如另有檢查相關說明資料，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問題，並給予答覆：

(1)

(2)

說明醫師： 日期： 年 月 日 時 分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查的原因、目的、方式、風險之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查可能預後情況和不進行檢查的風險及其他可能替代之檢查方式。
3. 我瞭解在檢查過程中，如果因檢查之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
4. 我瞭解這個檢查可能是目前較適當的選擇，但無法保證一定能改善病情。
5. 針對我(病人)的情況、檢查之進行、檢查方式等，我能夠向醫師提出問題與疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我 同意 不同意 進行此檢查。

立同意書人： 關係：病人之 (本人、未成年人病人或無法親自簽具病人之法定代理人、配偶、親屬或關係人)

住址： 電話：

日期： 年 月 日 時 分

見證人： 日期： 年 月 日 時 分

附註：

- 一、病人為未成年人(未滿十八歲)或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
- 二、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。
- 三、見證人部分，如無見證人得免填載。