

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
心臟內科血液透析動靜脈瘻管經皮血管成型術
說明書暨同意書

血液透析動靜脈瘻管經皮血管成型術說明書

一、檢查(治療/處置)的目的與效益

保持血液透析病人的動靜脈瘻管的通暢是很重要的，當您的血液透析過程無法順利完成或出現問題時，您將會被轉介至心臟科進行動靜脈透析瘻管攝影以及經皮血管成型術。目的在於打通狹窄或阻塞的動靜脈瘻管以利後續之血液透析。

二、檢查(治療/處置)的方式

動靜脈瘻管攝影以及經皮血管成型術的進行方式：醫師會於你的手上先用碘酒及酒精消毒，然後施行局部麻醉，隨即打針並在 X 光透視下以顯影劑進行動靜脈瘻管攝影。確定血管狹窄或阻塞處後，接著醫師會把一鞘管經皮插入血管，並經由此鞘管進行血管成型術(包含氣球擴張術、血栓去除術及支架置放術)。於血管成型術完成後便移除鞘管並進行局部加壓止血。

三、檢查(治療/處置)的風險和機率

產生風險的機會很低，根據數篇文獻記載，產生死亡的機率介於 0 ~ 1.5% 不等。

四、檢查(治療/處置)的併發症及可能處理方式

根據數篇文獻記載，主要的併發症為輕度血管破裂合併血腫，機率為 1.04~4.29%，只需局部加壓就可解決。而產生重度血管破裂合併血腫的機率為 0.11~0.19%，此時需要外科手術進行血管修補。另外產生遠端動脈血栓的機會為 1.2~6.7%，需要血栓抽吸術處理。對顯影劑過敏的機會為 0.7~1.4%，嚴重時產生過敏性休克甚至死亡(非常罕見)。過敏性休克發生時，需給予抗過敏及強心升壓藥物以穩定生命徵象。而後續感染的機率為 1.2~2.0%，需要接受抗生素治療。

五、檢查(治療/處置)可能出現之暫時或永久症狀

你可能出現的暫時性症狀為局部瘀青血腫，維持數日至數週。目前無文獻顯示會出現永久性症狀。

六、不實施檢查(治療/處置)之後果及其他可能代替之方式

不實施檢查(治療/處置)之後果可能導致無法順利進行血液透析，如果血管完全阻塞時可能代替的方式為外科手術進行血栓清除術。治療效果不佳的患者須由外科醫師進行新的動靜脈瘻管吻合手術並另外置放暫時性血管通路以利後續之血液透析。

七、檢查(治療/處置)的前、中、後注意事項

檢查(治療/處置)前數小時應避免抗凝血劑之使用。檢查(治療/處置)中若有任何不適，請告知醫師。檢查(治療/處置)後數小時中應注意局部血腫有無擴大，若有，請盡速就醫。

八、健保給付說明

依全民健保規定辦理。除了少數病人需要使用支架而須自費外，多數病人僅需接受氣球擴張術。而健保全額給付氣球擴張術，您僅需繳交健保部分負擔。

緊急連絡/諮詢電話： 02-28757509 心導管室

※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 女
姓名：
生日： 年 月 日

血液透析動靜脈瘻管經皮血管成型術同意書

一、擬實施之檢查(治療/處置)：

1. 疾病名稱：血液透析動靜脈瘻管功能異常
2. 建議檢查(治療/處置)名稱：動靜脈瘻管經皮血管成型術
3. 建議檢查(治療/處置)原因：維持動靜脈瘻管通暢

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(治療/處置)之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施檢查(治療/處置)之原因、目的 不實施檢查(治療/處置)之可能後果
- 檢查(治療/處置)方式 其他可能替代之檢查(治療/處置)方式
- 檢查(治療/處置)之風險和機率 檢查(治療/處置)併發症及可能處理方式
- 預期治療(處置/治療)後可能出現之暫時或永久症狀
- 如另有檢查(治療/處置)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(治療/處置)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(治療/處置)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(治療/處置)可能預後情況和不進行檢查(治療/處置)的風險及其他可能替代之治療方式。
3. 我瞭解在檢查(治療/處置)過程中，如果因檢查(治療/處置)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(治療/處置)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(治療/處置)之進行、檢查(治療/處置)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(治療/處置)。

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、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。
- 二、見證人部分，如無見證人得免填載。