

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

超音波導引下耳鼻喉頭頸部細針穿刺檢查 及粗針切片檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 1 頁

超音波導引下耳鼻喉頭頸部細針穿刺檢查及粗針切片檢查說明書

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分瞭解資料的內容，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/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

我們將請你平躺在治療台上，肩下墊一枕頭，使頭部後仰及頸部伸張。先用超音波檢查頭頸部，若有異常，會先找出病灶位置，再用針經皮採取一些細胞或液體，視情況進行化驗。下針時會有疼痛的感覺，請配合醫師指示勿吞口水或亂動以免危險。抽完後我們將為您處理傷口，請配合指示壓迫止血約 15 分鐘。

手術/醫療處置效益：(經由手術或醫療處置，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且手術或醫療處置效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

1. 在高度準確定位下，簡便快速的取得組織樣本，進行化驗。
2. 若是囊腫，在液體抽掉後，囊腫會減小。
3. 細針穿刺術檢查可達 70% 之準確度；粗針切片術檢查可達 90% 之準確度。

手術/醫療處置風險：(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。)

超音波導引細針穿刺及粗針切片術雖然是侵入性的檢查，但在良好的準備及保護下，由醫師執行，並有良好的術後護理，這項檢查一般而言是安全而可靠的。此檢查可能發生的風險包括：穿刺處局部出血(極少數；5-10%)；呼吸窘迫(極少數；小於1%)，適當局部用力壓迫可預防。絕大多數上述問題都屬輕微，只需適當醫療，即可獲得緩解。

若是病人有局部血液凝固異常的疾病、或正在使用抗凝血藥物，請提早告知實行檢查的醫師，以便做適當之處理。

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。)

替代方式依病況不同，因人而異。請與您的主治醫師充分討論醫療處置之決定。不實施醫療處置可能無法得到確切的診斷。

超音波導引下耳鼻喉頭頸部細針穿刺檢查
及粗針切片檢查說明暨同意書

病歷號：
姓名：
生日：西元 年 月 日

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 2 頁

(超音波導引下耳鼻喉頭頸部細針穿刺檢查及粗針切片檢查說明書承上頁)

醫師補充說明：(請標示病灶的位置)



檢查後注意事項：

1. 穿刺抽吸後請緊壓至少十五分鐘，回家後若有患處腫脹或呼吸困難，請立即至急診處掛號就醫。
2. 請於檢查後十個工作天(檢查當日及例假日不算)，自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。

說明醫師： (簽章)

日期：西元 年 月 日

超音波導引下耳鼻喉頭頸部細針穿刺檢查及粗針切片檢查同意書

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，因甲狀腺囊腫、頸部淋巴、腮腺、或其他_____，需接受耳鼻喉頭頸部超音波導引細針穿刺或粗針切片術。立同意書人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，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行該項術式或醫療處置。

立同意書人： (簽章) 身分證字號：_____

與病人之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：_____

住址：_____ 電話：_____

日期：西元 年 月 日

(1.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2.若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。3.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，醫療緊急情況得由2名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。)

見證人 1： (簽章) 見證人 2： (簽章)

見證人 1 身分證字號：_____ 見證人 2 身分證字號：_____

日期：西元 年 月 日