

病歷號：  
姓名：  
生日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院

National Taiwan University Hsin-Chu Hospital

## 心導管檢查及心血管介入性治療說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第一頁

### 心導管檢查及心血管介入性治療說明書

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/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

1. 進入心導管室後，護理人員會給您必要的術前準備，例如尿管放置，並讓您先在導管準備室稍候，至前一位施行導管手術病友手術完成。
2. 輪到您進心導管檢查室時，護理人員會協助您移到檢查台上，接上心電圖導線，以便檢查中隨時瞭解您心電圖的變化。
3. 護理人員為您在鼠蹊(手肘、手腕或頸部)做皮膚消毒。醫師會覆蓋無菌大巾，施打局部麻醉劑，此時您會有刺痛、麻木的感覺，等麻藥發生作用後放入引入管及導管，隨著血管到達心臟正確位置後，注射顯影劑，可能您會有心跳加快、灼熱感或是嘔心嘔吐，這是正常的反應，醫師會請您配合深呼吸動作放鬆心情，使檢查順利進行。依血管病變程度醫師會決定是否執行氣球擴張術或裝置血管支架。檢查治療過程中，若您有任何不適，請立即告知醫護人員。
4. 整個檢查治療約需 1 至 3 個小時，只作心導管檢查者，結束時即將全部管子拔除，傷口處直接加壓，直到確定沒有出血現象後，覆蓋無菌紗布，並以加壓帶繼續加壓止血。若行血管擴張術或支架放置術，因需用藥，血管套管可能留置到隔天才拔除。

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. 確定診斷
2. 評估心臟功能
3. 以心導管技術進行治療,如冠狀動脈氣球擴張術(PTCA: Percutaneous transluminal coronary angioplasty)及血管支架術( stenting )或二尖瓣氣球擴張術(PTMV: Percutaneous transluminal mitral valvuloplasty)等
4. 追蹤治療效果

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。)

#### 可能副作用或可能併發症：

心導管檢查及心血管介入性治療術之風險及併發症：

一份病友收執，一份夾存病歷

病歷號：  
姓名：  
生日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院

National Taiwan University Hsin-Chu Hospital

## 心導管檢查及心血管介入性治療說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第二頁

### (心導管檢查及心血管介入性治療術說明書承上頁)

	心導管術	冠狀動脈汽球擴張術
死亡	≤0.11%	0.8-2.1%
心肌梗塞	≤0.05%	≤0.6%
腦中風	≤0.07%	
心率不整	0.38-0.5%	
血管傷害	0.43-0.6%	
需急手術		0.5-0.6%
心臟破裂或填塞	≤0.03%	
造影劑不良反應(含過敏性休克,腎毒性)	0.37-0.6%	
心臟衰竭	0.03-0.1%	
其他(感染等)	1.98-2.2%	

合併症發生的機率與嚴重度，視各病人本身心臟功能好壞、疾病嚴重度及所接受侵入性檢查治療的種類，而有不同。但因醫師純熟的技術及醫療儀器科技化，已將合併症之發生減至最低。

**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)。

(1) 心導管術:目前尚無替代方案

(2) 冠狀動脈氣球擴張術及血管支架術: 冠狀動脈繞道手術 (外科手術)或內科藥物治療

(3) 二尖瓣氣球擴張術:瓣膜修補或置換術(外科手術) 或內科藥物治療。

**醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：**(如無，請填寫無)

術後注意事項:

1. 由鼠蹊進行檢查者需臥床至少 12 小時。進食、排泄、活動等。皆要在床上進行，由手肘或手腕檢查者，則二小時後即可下床。
2. 檢查部位傷口需用加壓帶加壓 4 至 6 小時，需臥床者這段期間您可以翻身或行水平式移動；但要保持傷口所在的肢體平直，不可彎曲以防止傷口出血
3. 若您感覺任何不適或有察覺肢體末端麻木或傷口濕熱感時，請立即通知醫護人員
4. 第一次下床時，務必有人在旁陪伴。
5. 檢查次日，護理人員會幫您的傷口換藥，傷口大小如針孔般，請保持清潔乾燥。傷口旁偶有瘀青，請告知醫師檢查無礙始可放心，約二至三週皮膚瘀青會逐漸消退，偶有之傷口輕微不適亦會於這段時間內消除。

手術負責醫師簽名：

專科別：

(\*衛福部授予之專科醫師證書科別：若無免填)

日期：西元 年 月 日 時 分

一份病友收執，一份夾存病歷

病歷號：  
姓名：  
生日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院

National Taiwan University Hsin-Chu Hospital

## 心導管檢查及心血管介入性治療說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第三頁

### 心導管檢查及心血管介入性治療同意書

病人：\_\_\_\_\_，出生於西元 年 月 日，

因需接受心導管檢查及心血管介入性治療。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。

本人(或家屬)已經仔細閱讀過本文件，經必要的詢答之後，已充分了解其內容並同意遵守。

立同意書人：\_\_\_\_\_ (簽章) 身分證字號：\_\_\_\_\_

與病患之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

(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，醫療緊急情況得由二名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可，得由警消人員、社工或志工或院內警衛簽署見證。)

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 時間： 時 分

一份病友收執，一份夾存病歷