

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

子宮輸卵管攝影說明暨同意書

第一頁

子宮輸卵管攝影說明書

病人姓名：_____ 病歷號碼：_____ 床號：_____

預約檢查時間：_____ 月 _____ 日 _____ 午 _____ 時 _____ 分

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)

適應症：

懷疑 (1) 輸卵管阻塞 (2) 子宮腔病灶。

作法：

病人平躺在 X 光機檯上，醫師以器械固定子宮頸後，將顯影劑經由注射管灌入子宮腔。病人左右傾斜身體，以進行不同方位之 X 光攝影。

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. 檢查輸卵管是否通暢。
2. 檢查子宮腔是否有息肉、肌瘤、先天性異常、粘連等病灶。
3. 檢查成功率約九成以上。

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。)

1. 骨盆腔感染：發生機率約 0.3-1.7%。
2. 對顯影劑之過敏反應：發生機率小於 0.5%。
3. 其他如少量陰道出血或子宮穿孔等。

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. 腹腔鏡或輸卵管通氣檢查：檢查輸卵管是否通暢。
2. 子宮鏡檢查：檢查是否有子宮腔病灶。
3. 不實施醫療處置可能的後果：無法瞭解子宮及輸卵管之詳細構造。

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

以上說明未盡詳細者，或您仍有疑問，請洽詢您的主治醫師。

說明醫師：_____ (簽章)

日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

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
子宮輸卵管攝影說明暨同意書

第二頁

子宮輸卵管攝影同意書

病人：_____，出生於民國 年 月 日，

因患 _____ 需接受子宮輸卵管攝影。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：民國 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：民國 年 月 日 時間： 時 分

一份病友收執，一份夾存病歷