

病歷號：  
姓名：  
生日： 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

## 超音波導引之乳房(腋下淋巴結)

### 粗針切片檢查說明暨同意書

第 1 頁

## 超音波導引之乳房(腋下淋巴結)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)

#### 適應症：

本處置之目的為當乳房內發現有原因不明之組織，需作病理切片檢查，以擬定正確治療或追蹤方式時進行之。「超音波導引之乳房粗針切片檢查」是利用超音波的導引與定位，經皮下穿刺，抽取(切取)組織樣本，以進行病理化驗。

手術/醫療處置效益：(經由手術，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. 本檢查的優點是在高度準確定位下，獲取組織樣本，檢查過程比傳統的手術切片法安全簡單，而且，切片後的傷口恢復迅速，多數不會留下疤痕。大於九成的病人，可以藉由此檢查，確定結果並決定治療方式。如果無法由此檢查獲得足夠可信的結果時，則可能進行繼續追蹤或直接開刀取出病灶。本檢查可達 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。)

此檢查可能發生的風險包括：穿刺處淤血、血腫局部、或感染。絕大多數上述問題都屬輕微，只需適當醫療，即可獲得緩解。此外，極少數病人因為腫瘤位置貼近胸壁，造成肺部穿刺傷併氣胸或血胸；另一罕見的風險是癌細胞植入穿刺的路徑，目前並無增加遠端轉移機率之文獻報告。

也有極少部份的病人對於局部麻醉藥物、優點藥水及酒精過敏，若是病人會對局部麻醉藥過敏、有出血傾向或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。

病歷號：  
姓名：  
生日： 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

## 超音波導引之乳房(腋下淋巴結)

### 粗針切片檢查說明暨同意書

第 2 頁

#### (超音波導引之乳房(腋下淋巴結)粗針切片檢查說明書承上頁)

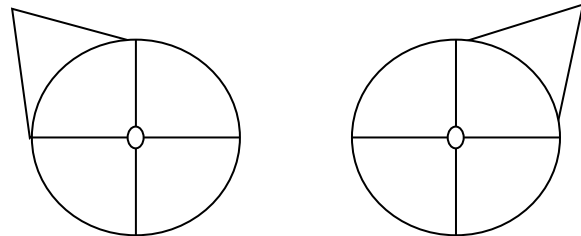
替代方案：(這個手術或醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術或醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。)

1. 乳房攝影導引之乳房粗針切片組織檢查。
2. 直接手術取出病灶。

視病況不同，使用何種替代方案因人而異。請與您的主治醫師充分討論醫療處置後決定。不實施醫療處置可能無法得到確切的診斷。

#### 醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：

(如無，請填寫無) (請標示病灶的位置)



右

左

說明醫師：

(醫師簽章需先於病人簽署同意)

日期：民國 年 月 日 時間： 時 分

### 超音波導引之乳房(腋下淋巴結)粗針切片檢查同意書

病人：\_\_\_\_\_，出生於西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，因乳房腫塊、腋下淋巴腫塊或其他\_\_\_\_\_需接受粗針切片檢查。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：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，得由警消人員、社工或志工簽署見證；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：民國 年 月 日 時間： 時 分

副本交付人(院方)：\_\_\_\_\_ 簽收人(病人方)：\_\_\_\_\_

日期：民國 年 月 日 時間： 時 分

病歷號：  
姓 名：  
生日： 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

超音波導引之乳房(腋下淋巴結)

粗針切片檢查說明暨同意書

第 3 頁

一份病友收執，一份夾存病歷