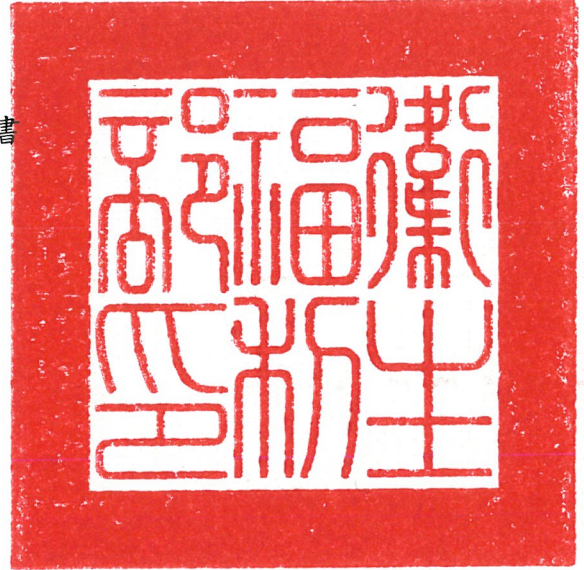


檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國110年11月8日
發文字號：衛部醫字第1101667467A號
附件：醫用粒子(質子/重粒子)放射治療處置同意書
及說明書(範本)



主旨：公告「醫用粒子(質子/重粒子)放射治療處置同意書及說明書
(範本)」，如附件。

部長陳時中

醫用粒子(質子/重粒子)放射治療處置同意書 (範本)

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____年____月____日

病人病歷號碼：_____ 病人性別：_____

一、經_____醫師診察後，建議實施處置（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議處置原因：

2. 建議處置名稱：質子放射治療/重粒子放射治療

3. 各項費用：_____（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用
1		
2		
3		
4		

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」）

1. 說明醫師：

(1) 我已經以病人所能瞭解之方式，解釋這項處置之相關資訊，特別是下列事項：

需實施處置之原因

不實施處置可能之後果

其他可替代之處置方式

如另有處置相關說明資料，我並已交付病人

已告知此處置非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

(2) 病人問題詢問與答復：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

說明醫師簽名：_____ 日期：_____年____月____日

時間：_____時____分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

立同意書人簽名：

(註1)

(請立同意書人於說明醫師說明後簽署)

日期：_____年____月____日

時間：_____時____分

2. 執行醫師：

執行醫師同說明醫師，相關問題前項已回覆

(1) 我已經以病人所能瞭解之方式，解釋這項處置之相關資訊，特別是下列事項：

處置步驟、範圍、風險、成功率

處置併發症及可能處理方式

預期處置後，可能出現之暫時或永久症狀

如另有處置相關說明資料，我並已交付病人

(2) 病人問題詢問與答復：

(1) _____

(2) _____

執行醫師簽名：_____

醫師專科別及

專科證書字號：_____

日期：_____年____月____日

時間：_____時____分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解施行這個處置目的、步驟、風險、成功率之相關資訊。

2. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解選擇其他處置方式之風險。

3. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解處置可能預後情況。
4. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解此處置非屬急迫性質及充分時間考慮後決定施作此處置。
5. 針對我的情況、處置之進行、處置方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
6. 我瞭解這個治療無法保證一定能改善症狀。
7. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

◎基於上述聲明，及經本人充分考慮後，我 同意 不同意 進行此處置。

立同意書人簽名：_____，關係：病人之_____（詳如註1）

電話：（0）_____

住址：

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

- 註1.立同意書人應需由病人親自簽具，並於「與病人之關係欄」註明為本人；病人若未年滿20歲或不能親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具，並於「與病人之關係欄」註明與病人之關係。
- 註2.機構為病人實施侵入性檢查、治療或處置後，若須再度實施，除緊急情況外，應再度說明並簽具同意書，不得以同一療程等理由，僅簽署一次同意。



醫用粒子(質子/重粒子)放射治療處置說明書 (範本)

這份說明書是用來解說您即將接受「醫用粒子(質子/重粒子)放射治療處置」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、復原期可能的問題以及未接受處置可能的後果，可做為您與醫師討論時的補充資料。經醫師說明後，我們希望您能充分瞭解此項處置的內容，請您經過充分時間考慮後，若您還有對這個醫療處置有任何疑問，請在簽署同意書前再與您的醫師充分討論，我們會很樂意為您解答。

一、醫用粒子放射治療處置原理說明：

醫用粒子放射治療是利用加速作用來產生高能帶電粒子(如：質子/重粒子)，透過直接或間接的方式產生粒子射線，經由射線傳遞能量到治療腫瘤或病灶處，利用正常細胞與腫瘤細胞對放射線之敏感度及修補程度之差異，在盡量不傷害正常組織的同時，控制腫瘤生長或緩解症狀。醫用粒子(如：質子/重粒子)射線，因主要的劑量會在特定深度釋放，劑量分佈範圍較傳統放射治療集中，以減少對腫瘤周邊正常組織的劑量，因此對於使用在靠近重要器官的腫瘤治療上，有機會減少放射線通過路徑上的傷害及副作用發生。

二、處置之目的：

殺死癌細胞以縮小腫瘤或提供治癒性治療。

三、執行方法：

(因機種不同，請依照實際操作過程撰寫)

四、處置效益：

1. 目前證據顯示相較於傳統放射治療，醫用粒子(質子/重粒子)放射治療對於局限性的腫瘤有較低的副作用及併發症，提供較好的生活品質。
2. 目前對於治療效果(腫瘤縮小)，僅有間接證據支持醫用粒子(質子/重粒子)放射治療優於傳統放射線治療，直接證據(前瞻比較性臨床試驗)正在進行中。
3. 醫用粒子(質子/重粒子)放射治療和傳統放射治療一樣屬於局部治療，仍有遠處器官轉移或未照射部位發生癌症的可能。
4. 目前世界各國對醫用粒子(質子/重粒子)放射治療的使用上較有共識是適用於治療局限性的腫瘤或傳統放射治療有效的其他臨床狀況。

五、可能併發症及處理方法(沒有任何治療是完全沒有風險的，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)：

參考文獻：

六、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

- 我已瞭解上述說明，並同意醫用粒子(質子/重粒子)放射治療處置(請簽署質子/重粒子放射治療處置同意書)。
- 我已瞭解上述說明，並拒絕醫用粒子(質子/重粒子)放射治療處置。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

_____年_____月_____日_____時_____分

