

國立陽明交通大學附設醫院

進階生理監控或處置：成人腦部血氧濃度監測(Advanced monitor system and management: Adult brain oximetry monitorsystem)說明暨同意書

病室床號 _____	科別 _____
病歷號碼 _____	年齡 _____
病人姓名 _____	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病人出生日期 ____年 ____月 ____日	身分 _____

貼標籤處

這份說明書有關您即將接受的治療相關注意事項書面說明，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項治療有任何疑問，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。

壹、施行治療之原因及其必要性：

大腦是一個高耗能器官，占全身能量消耗的 20%，需要大量的血流不間斷地供應養分，如果因各種因素而造成血流量的減少，就會帶來不可逆轉的腦功能病變。其實，不只是在手術中可以使用，在病人的全手術期裡，都可以發揮相當優異的作用，像是術前提供醫師精準地判斷情況、術中緊急接收重要的數字訊息，做立即性的醫療應變處理，術後還可以有效監測病患的復原狀況等，若未即時監測腦缺氧狀況，可能不僅會有術後後遺症，小則可能失去語言或行動能力、嚴重的話導致腦死或變成植物人，造成日後生活無法自理，對病患及家屬而言，都是一輩子無法抹滅的傷痛與遺憾。」。

貳、臨床療效：

監測儀是以非侵入性的方式持續測量腦部皮層氧氣飽和度的參數。操作方式為於病患兩側前額各貼上特定專用自黏性貼片，透過貼片上的光源點發出兩種不同波長的近紅外線，穿透頭皮、頭骨、腦膜及腦組織，而貼片上距離光源點 3 及 4 公分處各有一接收點，用以接收散射回貼片的近紅外線光線；以計算兩種不同波長的近紅外線種波長被吸收的分率，就可以約略估計含氧血紅素及缺氧血紅素之間的比率。亦即於極短時間內測得左右兩側大腦皮層的區域腦部血氧飽和度。

參、何種手術需要腦部血氧濃度監測：

- 一、心臟手術。
- 二、腦部手術。
- 三、神經外科手術。
- 四、達文西手術。
- 五、高危險病患：包括年紀大、曾有中風病史。
- 六、代謝疾病控制不佳病患，透過監測儀，可以降低麻醉的手術風險。
- 七、坐著或半坐著開刀的手術，如骨科肩關節手術等。

參、收費方式：

進階生理監控或處置：成人腦部血氧濃度監測處方費：12,900 元/次。(含 2 片貼片)

肆、醫師之聲明：

- 一、我已經儘量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：
成人腦部血氧濃度監測數值每個人不同，也因人而異，僅可監測及預防降低後遺症發生，無法保證完全不會發生後遺症。
- 二、我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次處置的問題，並給予答覆：

麻醉專科醫師簽名：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

專科別：

(*衛生福利部授予之專科醫師證書科別；若無則免填)

伍、病人之聲明：

- 一、醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個處置的必要性及步驟之相關資訊。
- 二、針對我的情況，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我同意進行此檢查。

立書同意人簽名：

關係：病人之

(立同意書人身分請參閱附註二)

(*若您拿到的是沒有醫師聲明之空白同意書，請勿先在上面簽名同意)

身分證統一編號/居留證或護照號碼：

住址：

電話：(0)

日期：

年 月 日

時間：

時 分

附註：

- 一、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。
- 二、同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：
 1. 病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
 2. 病人之關係人，係指與病人有特別密切關係之人，如伴侶(不分性別)、同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。
 3. 病人不識字，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。
- 三、醫療機構查核同意書簽具完整後，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。