

ID :

氏名 :

様

先天性耳瘻孔の手術に関する説明・同意書

1. 病名と現在の病状

診断名：（☐ みぎ ☐ ひだり）耳瘻孔感染症

病 状：耳瘻孔局所の感染を繰り返している状態

2. 計画される医療行為の内容、日時、担当者

術 式：（☐ みぎ ☐ ひだり）耳瘻孔摘出術

手 術：全身麻酔で行います。耳前部の耳瘻孔の部位、大きさに合わせて切開し、摘出します。

耳介軟骨を一部除去する場合があります。

日 時： 年 月 日

担当者：

その他、別紙「先天性耳瘻孔の手術に関する説明書」使用にて説明致しました。

私は上記の医療行為についてその必要性と内容、また、状況に応じた内容の変更、起こり得る危険性について説明致しました。

説明日 20 年 月 日

説明担当医師

同席者・確認者

私は上記の医療行為の説明を受け、実施に同意致します。

同意日 20 年 月 日

患者署名

家族等署名 (続柄：)

本人、家族が署名できない理由

職種 ☐ 医師 ☐ 看護師 氏名

ご不明な点がございましたら主担当医までお問い合わせ下さい。

河北総合病院 本院：03-3339-2121（代表）

先天性耳瘻孔の手術に関する説明書

1. 計画される医療行為の目的

局所の感染源となっている耳瘻孔を取り除き、繰り返す諸症状の改善を図ります。

2. 計画される医療行為の必要性

保存的治療（内服、点滴）では限界があります。今回は手術が必要と思われます。

3. 実施後の経過と改善の見込み、予後

手術後約1週間は耳前部をガーゼで圧迫します。

抜糸は約1週間後です。

今回の病変が摘出できても再発の可能性があります。

4. 計画される医療行為の危険性

細心の注意をはらって行いますが、不測の事態が起こる可能性があります。

- ・ 出血、疼痛、感染
- ・ 局所麻酔剤ショック
- ・ 全身麻酔中のショック
- ・ 肝機能障害、その他

5. 考えうる合併症

血腫、縫合不全、皮膚切開周囲のしびれ、皮膚創の癒痕、耳前部の陥凹

6. この医療行為を行わなかった時の見込み

現状維持

7. 他に考えうる医療行為の名称・内容・危険性・改善の見込み

内服および点滴

8. 同意を撤回される場合について

同意された場合でも、実施までの間はいつでも撤回することができます。また、その医療が継続して行われる場合にも、やめることができますが、やめることの影響について主担当医から十分な説明を受けた上でご判断をお願いいたします。

9. セカンドオピニオンについて

治療方針を決める上で主担当医以外の意見をお聞きになりたい方は、必要な資料や検査結果を用意しますので遠慮なくご相談ください。

ご不明なこと・ご要望がありましたら、遠慮なくお申し出ください。