|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自費特材說明書  **高雄榮民總醫院**    MF A1  品項名稱: 曲克愛佛盧迅膽道支架系統-半覆膜及全覆膜   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 一 | 費用：  請參考「全民健康保險病患自願付費同意書」所列。 | | | 二 | 產品特性/使用原因：緩和膽道惡性腫瘤的壓迫所產生的膽道狹窄或阻塞之病況。 | | | 三 | 應注意事項：1.須配合內視鏡操做及適合的工作通道2.切勿使用本產品於與適應症不符之任何用途3.支架放置需再放射線下執行。4.放置支架後,不應採取其他方式治療,如化療或放射。 | | | 四 | 副作用：1.與逆行性胰膽管造影術相關的淺在併發症(但不限於)穿孔,,對顯影劑或藥物的過敏反應2.支架兩端腫瘤過度生長3. 腫瘤細胞向支架內生長等 | | | 五 | 自費品項與健保給付品項之療效比較： | | | 自費品項 | 健保品項 | | 1.推送系統操作過程可重新收回定位,更準確預放之位置  2.不變形記憶金屬，延展性佳，支撐性良好。  3.前後兩端有黃金標示，加強顯影效果，安全性佳。  4.放置體內時間較長,擴張效果較佳,進而改善膽汁引流 | 1.為塑膠材質需定期每3個月定期更換  2.因腫瘤之壓迫其膽汁引流可能受影響. |   病患姓名： 病歷號：  □本人□ 家屬或法定代理人簽章： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |