

XXXXXX 醫療中心

地址

電話：

## 皮下避孕劑(Nexplanon®)知情同意書

\_\_\_\_我要求植入皮下避孕植入劑 ( 孕酮植入劑 Nexplanon® ) 。

我瞭解以下內容:

\_\_\_\_在植入皮下避孕植入劑之前我會進行妊娠測試。如果我在過去的 14 天內進行過無保護性行為，即使已開始早期妊娠，妊娠測試仍可能顯示陰性。

\_\_\_\_皮下避孕可以避孕 5 年。

\_\_\_\_皮下避孕的可能風險包括手臂植入部位發生皮膚感染、皮膚疤痕、瘀血和腫脹。

\_\_\_\_我預期會出現點滴出血和不規則陰道出血。我的月經期可能會改變。在月經期間，我可能會出現月經量增加、月經量減少或不來月經的情況。

\_\_\_\_皮下避孕不能防止感染性病(STD)。我應該使用乳膠避孕套預防性病。

\_\_\_\_我會透過感覺皮膚下是否有小棒樣的東西檢查該皮下避孕植入劑是否存在。如果我感覺不到小棒樣的東西，我會來診所。

\_\_\_\_我已拿到解釋放置皮下避孕植入劑後將會出現什麼情況的表單。

\_\_\_\_我同意\_\_\_\_\_為我植入皮下避孕植入劑。

\_\_\_\_如果我已進行性傳播疾病檢測，透過該電話能聯絡我並告知我檢測結果：

電話：\_\_\_\_\_我們是否可以進行私密留言？\_\_\_\_\_是\_\_\_\_\_否

患者簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

醫生簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

見證人： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_