

臺南市立安南醫院(TMANH)

陶瓷髖白內杯部分給付暨自費同意書

I. 自付差額同意使用及相關說明

- 一、立同意書人係全民健康保險對象，因醫療需要且符合健保局已納入給付同類特殊材料之適應症及使用規範，業經貴院_____醫師詳細說明並充分瞭解後，自願使用較昂貴且未納入全民健康保險給付範圍之特殊材料。為減少保險對象之負擔，由健保局按已納入給付同類特殊材料之支付金額支付，其餘差額同意由立同意書人負擔。若因本身狀況變化或其他不可抗拒因素，且無法歸責於醫院而必須中止療程時，本人同意支付費用。
- 二、另若檢查後確認未執行本項處置或未使用本項材料，則本同意書自動作廢。

II. 健保醫療材料部分給付自付品項及費用

品項代碼	項目名稱	許可證字號	替代健保品項	應付金額(A)	健保支付價(B)	自補差額 C=A-B	數量(D)	保險對象負擔費用 E=C*D
FBHLCERA2Z1	"ZIMMER" BIOLOX DELTA TAPER LINER(CERAMIC) "捷邁"百優陶瓷髖白內杯--1825438	衛部醫器 輸字第 022415 號	無	58,203 元	4,018 元	54,185 元		

III. 備註

依據全民健康保險法第51條第12款：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品之費用，不在本保險給付範圍」之規定辦理。

此致臺南市立安南醫院

立同意書人簽名：

關係：

住址：

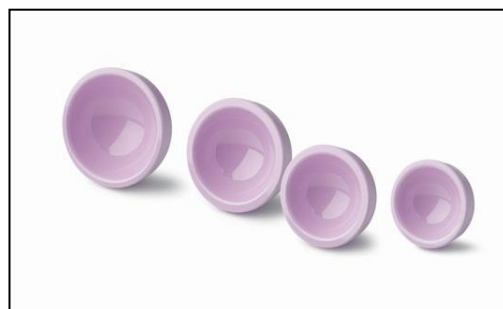
電話：

見證人簽名：

中 華 民 國 年 月 日 時 分

臺南市立安南醫院(TMANH)
陶瓷髌白內杯部分給付暨自費說明書
 全民健康保險特殊材料給付規定

這份說明書是說明有關您即將接受的手術之內容、效益、風險、以及替代方式，做為您與醫師討論的補充資料。最重要的是我們希望您能充分瞭解本份說明書的內容，所以請您仔細閱讀，如果您對這次手術有任何疑問，請務必再與您的醫師討論，醫師很樂意再次為您說明，讓我們一起為您的健康努力。



I. 自費(差額)特材名稱

Zimmer "捷邁"百優陶瓷髌白內杯

II. 自費(差額)特材金額

價格依型號不同而異，金額詳見如下

項目名稱	應付金額 (A)	健保支付價 (B)	自補差額 C=A-B
"ZIMMER" BIOLOX DELTA TAPER LINER(CERAMIC) "捷邁"百優陶瓷髌白內杯	58,203 元	4,018 元	54,185 元

III. 產品特性與健保(已)給付品項之療效比較(或替代選擇)說明

	"捷邁"百優陶瓷髌白內杯	傳統陶瓷髌白內杯
特色	10 倍超耐磨，10 倍耐撞擊	耐磨陶瓷
磨擦介面	髌白內杯襯墊為最新第四代超耐磨強化陶瓷，可大幅延長使用期限	髌白內杯襯墊為傳統陶瓷
成分	氧化鋁+氧化鋯	氧化鋁
製造流程	先進陶瓷科技處理，表面光滑堅硬	陶瓷光滑表面處理
耐磨比較	目前最耐磨的人工髌關節科技，再置換機率低	較傳統健保聚乙烯介面耐磨
活動角度	搭配的巨頭股骨頭接近人體原來的大小，術後活動範圍較不受限制，且不易脫臼	術後活動範圍較小，應避免大幅度動作

臺南市立安南醫院(TMANH)
陶瓷髌臼內杯部分給付暨自費說明書
全民健康保險特殊材料給付規定

IV. 使用規範及適應症

- 一、 髌關節置換手術後能緩解疼痛，增加活動力。
- 二、 手術將植入金屬和陶瓷組合而成的人工關節，取代已受損的關節。

V. 應注意事項

- 一、 病變部位不適合裝置，有感染存在之風險太高者。
- 二、 病患有其他疾病，如其他出血或凝血不良或血小板過少。
- 三、 其他情況主治醫師認為不適合執行手術者。

VI. 副作用

同應注意事項。

醫師簽章：_____說明日期：民國_____年_____月_____日

病人或家屬簽名：_____

臺南市立安南醫院(TMANH)

骨科部

敬啟