

美容醫學處置（含美容醫學針劑注射處置）

同意書及說明書範本

序號	項目名稱
1	乳房整形手術同意書及說明書(範本)
2	乳房重建手術同意書及說明書(範本)
3	上下眼瞼整形手術同意書及說明書(範本)
4	鼻部整形手術同意書及說明書(範本)
5	拉皮手術同意書及說明書(範本)
6	腹部整形手術同意書及說明書(範本)
7	植髮手術同意書及說明書(範本)
8	抽脂手術同意書及說明書(範本)
9	皮膚科一般手術同意書及說明書(範本)
10	一般整形手術同意書及說明書(範本)
11	狐臭治療手術同意書及說明書(範本)
12	顱顏部整形重建手術同意書及說明書(範本)
13	雷射治療同意書及說明書(範本)
14	削骨手術同意書及說明書(範本)
15	肉毒桿菌素注射劑處置同意書及說明書(範本)
16	玻尿酸皮下植入物注射劑處置同意書及說明書(範本)

玻尿酸皮下植入物注射劑處置同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____年_____月_____日

病人病歷號碼：_____

一、經_____醫師診察後，建議實施處置（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議處置原因：

2. 建議處置名稱：

3. 各項費用：_____（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」）

1. 說明醫師：

(1) 我已經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：

☐ 需實施處置之原因☐ 不實施處置可能之後果☐ 其他可替代之處置方式☐ 如另有處置相關說明資料，我並已交付病人☐ 已告知此處置非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

(2) 病人問題詢問與答復：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

說明醫師簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

立同意書人簽名：

(註1)

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

(請立同意書人於說明醫師說明後簽署)

2. 執行醫師：

(1) 我已經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：

☐ 處置步驟、範圍、風險、成功率☐ 處置併發症及可能處理方式☐ 預期處置後，可能出現之暫時或永久症狀☐ 如另有處置相關說明資料，我並已交付病人

(2) 病人問題詢問與答復：

(1) _____

(2) _____

執行醫師簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解施行這個處置目的、步驟、風險、成功率之相關資訊。

2. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解選擇其他處置方式之風險。

3. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解處置可能預後情況。

4. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解此處置非屬急迫性質及充分時間考慮後決定施作此處

置。

5. 針對我的情況、處置之進行、處置方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
6. 我瞭解這個治療無法保證一定能改善症狀。
7. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

◎基於上述聲明，及經本人充分考慮後，我 ☐同意 ☐不同意 進行此處置。

立同意書人簽名：_____，關係：病人之_____（詳如註1）

電話：（0）_____

住址：

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

註1.立同意書人應需由病人親自簽具，並於「與病人之關係欄」註明為本人；病人若未年滿20歲或不能親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具，並於「與病人之關係欄」註明與病人之關係。

註2.機構為病人實施侵入性檢查、治療或處置後，若須再度實施，除緊急情況外，應再度說明並簽具同意書，不得以同一療程等理由，僅簽署一次同意。

玻尿酸皮下植入物注射劑處置說明（範本）

這份說明書是用來解說您即將接受美容醫學「**玻尿酸皮下植入物注射劑處置**」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、復原期可能的問題以及未接受處置可能的後果，可做為您與醫師討論時的補充資料。我們希望您能充分瞭解此項處置的內容，經醫師說明後，請您經過充分時間考慮後，若您還有對這個醫療處置有任何疑問，請在簽署同意書前再與您的醫師充分討論，我們會很樂意為您解答。

一、 玻尿酸皮下植入物注射劑處置原理說明：

玻尿酸皮下植入物注射劑為無菌性凝膠，可藉由微生物發酵或動物來源萃取而得，其作用原理是運用增加皮膚或嘴唇的容積，因此可重建皮膚的輪廓或增加嘴唇的豐盈程度。

二、 處置之目的與效益：

針對修飾臉部肌膚紋路、皺紋、皺摺、豐唇及修飾臉部輪廓。

三、 執行方法：

將適量的玻尿酸皮下植入物注射劑，精確地注入臉部的數個部位。

四、 處置效益：

治療效果建議參考使用玻尿酸皮下植入物注射劑之中文仿單內容（如療效持續時間），實際成效會因個人本身各項因素縮短或延長，可於注射後 2 至 4 週內回診檢查。

五、 可能併發症及處理方法（沒有任何治療是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出）：

（一）注射後，注射部位會輕微紅、腫脹、搔癢及有微硬的觸感，但不影響外觀。這是注射後會有的正常現象。同時這些不適應的情形通常會在幾天後消失。如這些現象一直持續或有其他反應發生，請立即詢問您的主治醫師。

（二）玻尿酸皮下植入物注射後，曾有少數個案產生眉間壞死、膿瘍形成、肉芽腫以及立即性或遲發性過敏的併發症。

（三）如果曾經有臉部皰疹的問題，扎針處會有引發皰疹復發的危險性。如有用阿斯匹靈或其他類似藥物，易使注射部位增加淤青血腫及流血。

（四）玻尿酸皮下植入物注射後，曾有發生病人產生失明與中風之情形，如有視力模糊、口齒不清或半邊臉部麻痺等症狀產生，請立即詢問您的主治醫師並立即就醫。

六、 未處置之風險：

本處置為基於外觀考量的醫療處置，並無未處置之風險。

七、 術後復原期可能出現的問題：

（一）於注射後約 1 至 2 天可輕揉，並使用水及肥皂清潔及輕微的卸妝。同時須避免激烈運動，且應避免暴露在高溫或強光下（如泡澡、溫泉、三溫暖、日光浴室、日光浴或極冷處）。

（二）處置後注射部位會有緊繃感及輕微腫脹疼痛情形約 3 至 5 天，是注射後會有的正常的現象，這些不適應的情形通常會在幾天後消失。少數病患會發癢，泛紅等症狀，同時此段時間會看起來較不自然。若有紅腫情況可以冰敷以減緩腫脹與瘀血。如這些現象一直持續或有其他反應產生如嚴重泛白、劇烈疼痛、皮膚壞死，請立即詢問您的主治醫師，並回診檢視。

八、其他補充說明：

(一)本項處置健保不給付，需以自費接受處置，處置發生之費用均以當次為限，如需再次處置時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。

(二)此處置非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

九、參考文獻：

1. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. 2012.
2. Cohen JL. Understanding, avoiding, and managing dermal filler complications. *Dermatol Surg* 2008;34 Suppl 1:S92-9

十、病人、家屬問題：

(一)_____

(二)_____

(三)_____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

☐ 我已瞭解上述說明，並同意玻尿酸皮下植入物注射劑處置（請簽署玻尿酸皮下植入物注射劑處置同意書）。

☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕玻尿酸皮下植入物注射劑處置。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分

削骨手術同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____ 年_____ 月_____ 日

病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1.建議手術名稱（部位）：

2.建議手術原因：_____（有患側區別者，請加註部位）

3.各項費用：_____（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1.我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
- ☐ 手術併發症及可能處理方式
- ☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
- ☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
- ☐ 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
- ☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2.我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____

手術負責醫師簽名：_____

日期：_____ 年_____ 月_____ 日
時間：_____ 時_____ 分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明

- 1.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
- 2.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
- 3.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
- 4.我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☐ 同意 ☐ 不同意輸血。
（醫療法第63條規定但如情況緊急，不在此限）
- 5.針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
- 6.我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
- 7.我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
- 8.醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。
- 基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：_____

關係：病人之_____

電話：(0) _____

住址：_____

日期：_____ 年_____ 月_____ 日

時間：_____ 時_____ 分

見證人簽名：

☐不需見證人，簽名： 日期：_____年_____月_____日
時間：_____時_____分

附註：

一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。

三、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。

四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。

五、未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。



削骨手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人病情及接受「削骨手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能遇到的問題以及未接受處置可能出現的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後若仍有疑問，請在簽署同意書前與醫師討論。

一、病情說明：

國字臉或顴骨高聳為顏面比例異常的問題。削骨手術為調整顏面骨外形與尺寸的手術，手術的範圍通常包括顴骨與下顎骨。削骨手術藉由截骨手術與內固定的方法，移動並削減顴骨與下顎骨的位置與尺寸，使其達到調整顏面比例的目的。

二、治療目的：

矯正上下顎相對位置，最常見於治療因骨骼異常，無法單靠矯正牙齒來改善的咬合問題，藉由顴面部整形重建手術把骨骼及牙齒一起移動至最理想位置。

三、處置效益：

經由手術，您可能獲得以下所列的部分或全部的效益。但醫師並不能保證獲得任何一項。且手術效益與風險性間的取捨，應由您自主判斷決定。

- (一) 趨進正常的顏面比例
- (二) 趨進正常的顏面對稱
- (三) 其他：_____

四、削骨手術可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：

沒有任何手術是完全沒有風險的，這些風險包括術中、術後可能之暫時或永久性併發症，這些併發症，嚴重時甚至可能威脅生命。以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。醫師將會為您解釋這些可能產生的風險及處理方式。

(一)一般性併發症：

1. 傷口出血
2. 傷口疼痛
3. 傷口腫脹
4. 傷口感染、癒合不良或組織壞死
5. 局部或全身麻醉風險
6. 因併發症或手術效果不如預期，必要時需再度手術。
7. 必要時輸血導致之不適感或感染風險(如愛滋病、肝炎等)。
8. 其他：_____

※如果您曾接受手術部位放射線治療、正接受或剛接受完化學治療、長期服用免疫抑制劑或抗排斥藥、或患有營養不良、血液方面疾病、糖尿病、尿毒症、肝功能異常、惡性腫瘤或其他引起抵抗病菌能力降低的疾病等，會提高術後傷口感染的機會；如果您正接受或剛接受完化學治療、長期服用抗凝血藥、或患有糖尿病、尿毒症、肝功能不良、引起血液凝固降低的疾病等，會提高出血的機會；如果您年紀超過 60 歲、嚴重貧血、患有心肺方面疾病或功能不佳等，會提高麻醉的風險。

(二)特殊性併發症：

1. 術中大出血
2. 骨頭癒合不良。
3. 嘴唇及口腔周圍皮膚擦傷
4. 下唇及下巴皮膚感覺遲鈍
5. 臉頰皮膚感覺遲鈍

6. 牙齦麻木感
7. 講話不清楚。
8. 骨內固定器外露
9. 臉部組織下垂
10. 臉型改變後心理及社會適應的問題

(三)罕見重大性併發症：

1. 骨頭壞死
2. 視神經受傷
3. 顏面神經受傷
4. 臉頰皮膚感覺遲鈍

五、 替代處置方案：

削骨手術乃是調整顏面骨比例的根本治療方式。若要尋求以非削骨手術的方式治療，稱之為掩飾性治療方式。掩飾性治療雖無法完全改正顏面骨的問題，但依舊可以在顏面美學上會獲得某種程度的改善。如果您決定不施行這個手術，請與醫師討論您的決定與進一步的治療選擇。

六、 其他補充說明：

(一)每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。

(二)此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

七、 病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

- ☐ 我已瞭解上述說明，並同意削骨手術(請簽署削骨手術同意書)。
- ☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕削骨手術。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分

蒐集個人資料告知事項

感謝您參與臺中市政府衛生局（以下簡稱本局）辦理之活動，為順利辦理本次活動及後續提供健康資訊，將蒐集您的個人資料，特為以下之告知並徵求您的同意：

- 一、蒐集之目的：為利本次活動的辦理及爾後本局其他活動的通知、相關健康資訊的提供。
- 二、蒐集個人資料之類別：屬識別類，如：姓名、住址、電話、電子郵件地址等。
- 三、本局將於執行職務所需保有的期間內，以所蒐集的個人資料於國內對您進行活動聯繫及健康資訊通知。
- 四、您得依個人資料保護法第 3 條之規定行使查詢、請求閱覽、補充、更正、刪除等權限，行使方式請洽主辦單位。
- 五、若您不同意提供相關資料，將無法參加本次活動，且後續將無法獲得本局所提供之健康相關資訊。

☐我同意上述內容。

拉皮手術同意書（範本）

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議手術名稱（部位）：

2. 建議手術原因：（有患側區別者，請加註部位）

3. 各項費用：（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
☐ 手術併發症及可能處理方式
☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
☒ 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

手術負責醫師簽名：_____

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☐ 同意 ☐ 不同意輸血。
 （醫療法第63條規定但如情況緊急，不在此限）
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：

關係：病人之 _____

電話：(0) _____

住址：

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

時間：_____ 時 _____ 分

見證人簽名：

☐不需見證人，簽名：日期：____年____月____日
時間：____時____分

附註：

一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。

三、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。

四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。

五、未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。



拉皮手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人的病情及接受「拉皮手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能遇到的問題以及未接受處置可能出現的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後，若病人仍有疑問，請在簽署同意書前再與醫師討論。

一、接受拉皮手術之病情說明：

隨著年齡、生活習慣、壓力、地心引力、環境及組織流失等因素，臉部組織會鬆垮而呈現老態，沒有活力、嚴肅等外觀，線條及組織量不復年輕亮麗的模樣，拉皮手術之目的為改善老化的特徵，提供年輕化的可能。

二、手術目的：

拉皮手術是種自發性且非緊急性的醫療行為，有多種術式選擇，醫師會於術前依病人需求，進行手術的方法及預期效果的討論。若有下列情形，請於術前主動告知醫師：

- (一) 有血液凝血功能不良傾向。
- (二) 有疤痕增生體質。
- (三) 有藥物過敏。
- (四) 有吸菸、喝酒習慣。
- (五) 過去曾接受手術。
- (六) 正在使用阿斯匹靈、維他命 E、可邁丁(Warfarin)等影響血液凝固的藥物。
- (七) 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病。

三、執行方法：

安全的手術為最基礎的要求，所以關於您的醫藥史(例如無法服用阿司匹靈、抗凝血性、高血壓、心臟病、糖尿病等)，是否作過相同手術必須據時告知。

- (一) 手術後當日住院，手術前必須完成相關檢查，像是抽血、心電圖、胸部 X 光等，同時必須完成麻醉的術前訪視。手術前需禁食 8 小時(含任何液體食物)。
- (二) 病人進入手術等候室後，先在手術準備室稍候，待前一位病人手術完成，並由麻醉科醫師做手術前的檢查與確認。
- (三) 病人進入手術室時，由護理人員為其接上心電圖導線、脈搏血氧儀、血壓測量器與做麻醉前的準備與在上肢或是下肢做點滴注射。
- (四) 手術前醫師會先在手術部位施打局部麻醉劑，待麻藥發生作用後，給予皮膚消毒並蓋上無菌布單並施行手術。手術時間依病情，約需 4-6 小時。
- (五) 一般而言，手術切口會在前額髮際線後，耳前和耳後，或是請病人於術前與醫師討論附加的手術項目，如上下眼皮手術，抽脂肪及脂肪注射等。

四、處置效益：

緊緻皮膚，拉提臉部組織像是前額、眉眼、嘴角、下巴曲線和改善法令紋等，若合併肉毒桿菌或注射填充，則有豐腴的果效。

五、可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在此限)：

- (一) 血腫或手術後再出血、傷口癒合不良、感染。
- (二) 術後病患有可併發上呼吸道感染(機率約為 2%)或是肺炎(機率約為 1%)

(三) 顏面神經受傷，造成臉部動作不自然，多為暫時性，會在 2-3 星期內恢復。

(四) 顏面感覺異常，通常在一年內恢復。

(五) 傷口照顧

1. 頭皮之傷口：每日可正常洗頭，傷口及周圍皮膚勿用力抓扯，洗淨後吹乾頭髮塗抹藥膏，每日 1~2 次。
2. 臉及耳朵傷口：先以消毒過之棉花棒沾冷開水或生理食鹽水清潔傷口後，再塗上藥膏，每日 1~2 次。
3. 記錄引流量，注意維持管路引流通暢，勿彎折。
4. 術後 2 週內，勿抽菸、喝酒與避免劇烈運動(如跑步、打球)。
5. 洗臉、洗頭水溫勿太燙以免燙傷，切忌用指甲抓，恢復期的皮膚最易受傷。
6. 減少頭部低於心臟的動作，例如：綁鞋帶、撿東西，以減少臉部及頭部充血腫脹情形。

六、成功率：術後滿意度，與術前對手術方法、過程的瞭解及合理的期待有關。

七、替代處置方案：注射肉毒桿菌維持時間大約半年左右，或脂肪注射維持時間半年以上。

八、未處置風險：

拉皮手術主要目的在改善外觀，而非為治療疾病不得不進行之處置，患者應審慎評估其風險及效益以決定是否接受拉皮手術。

九、術後可能出現的問題

- (一) 瘀血及腫脹情形約持續 1~3 個星期，且臉部會因腫脹顯得生硬，約一個月之久。
- (二) 術後少數會發生輕微不對稱之情況，係屬常見現象。
- (三) 臉部皮膚感覺麻木的現象是很正常的，可能持續數星期或數月之久。
- (四) 當神經復原時，頭皮頂端原來的麻木感會變成搔癢的感覺，此為神經末梢生長的感覺，約術後 6 個月至 1 年可消失。
- (五) 傷口旁的頭髮可能會掉或暫時減少，在幾週或幾個月之後會再長出來，很少會產生永久的落髮。
- (六) 有抽菸者，最好請先戒菸一個月，因抽菸會抑制血流到皮膚，影響傷口癒合。
- (七) 若有服用抗凝血藥物者，請先和內科醫師討論後，停藥 1-2 週，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。

十、其他補充說明：

- (一) 每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。
- (二) 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

十一、參考文獻：

1. Bergeron, L., Chen, Y. R. The asian face lift. Semin Plast Surg 23: 40-47, 2009.
2. Baker, D. C., Conley, J. Avoiding facial nerve injuries in rhytidectomy. Anatomical variations and pitfalls. Plast Reconstr Surg 64: 781-795, 1979.
3. Moss, C. J., Mendelson, B. C., Taylor, G. I. Surgical anatomy of the ligamentous attachments in the temple and periorbital regions. Plast Reconstr Surg 105: 1475-1490; discussion 1491-1478, 2000.

4. Jones, B. M., Grover, R. Avoiding hematoma in cervicofacial rhytidectomy: a personal 8-year quest. Reviewing 910 patients. *Plast Reconstr Surg* 113: 381-387; discussion 388-390, 2004.
5. Moyer, J. S., Baker, S. R. Complications of rhytidectomy. *Facial Plast Surg Clin North Am* 13: 469-478, 2005.
6. Leach, J. J. Browlifting. *Operative Techniques in Otolaryngology* 18: 162-165, 2007.
7. Flowers, R. S., Ceydeli, A. The open coronal approach to forehead rejuvenation. *Clin Plast Surg* 35: 331-351; discussion 329, 2008.
8. Adamson, P. A., Johnson, C. M., Jr., Anderson, J. R., et al. The forehead lift. A review. *Arch Otolaryngol* 111: 325-329, 1985.
9. Kim, Y. H., Cho, B. C., Lo, L. J. Facial contouring surgery for asians. *Semin Plast Surg* 23: 22-31, 2009.
10. Ousterhout, D. K. Feminization of the forehead: contour changing to improve female aesthetics. *Plast Reconstr Surg* 79: 701-713, 1987.

十二、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

- ☐ 我已瞭解上述說明，並同意拉皮手術(請簽署拉皮手術同意書)。
- ☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕拉皮手術。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分

抽脂手術同意書（範本）

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____ 年_____ 月_____ 日
 病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議手術名稱（部位）：

2. 建議手術原因：（有患側區別者，請加註部位）

3. 各項費用：（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
☐ 手術併發症及可能處理方式
☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
☒ 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

手術負責醫師簽名：_____

日期：_____ 年_____ 月_____ 日
 時間：_____ 時_____ 分

醫師專科別及
專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☐ 同意 ☐ 不同意輸血。
 （醫療法第63 條規定但如情況緊急，不在此限）
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：_____ 關係：病人之_____ 電話：（0 ）_____ 日期：_____ 年_____ 月_____ 日
 住址：_____ 時間：_____ 時_____ 分

見證人簽名：

☐不需見證人，簽名：日期：____年____月____日
時間：____時____分

附註：

一、一般手術的風險

- 1.除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
- 2.除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
- 3.因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
- 4.醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。

三、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。

四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。

五、未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。



抽脂手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人的病情、接受「抽脂手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能的問題及未接受處置可能的後果，做為病人與醫師討論的資料。經醫師說明後仍有疑問，請於簽署同意書前與醫師討論。

一、病情說明：

- (一)因身體脂肪分布不均或堆積過多，導致之身體型態問題。但本手術主要並非用來治療體重過重，肥胖者應考慮減重後再接受各項體形雕塑手術。
- (二)若有下列情形，請於術前主動告知醫師
 1. 有藥物過敏。
 2. 過去曾接受手術。
 3. 有疤痕增生體質。
 4. 有血液凝血功能不良傾向。
 5. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病。
 6. 使用中西藥或健康食品者應告知特殊成分，如含銀杏成分(易導致出血)
 7. 有吸菸、喝酒習慣。有抽菸者應戒菸1個月，因抽菸會抑制血流到皮膚，影響傷口癒合。
 8. 正使用阿斯匹靈、維他命E、可邁丁(Warfarin)等影響血液凝固藥物者。服用抗凝血藥物者，請與內科醫師討論是否停藥1至2週，以免因凝血異常影響傷口癒合。

二、目的與效益：改善因身體脂肪分布不均或是堆積過多所導致之身體型態問題

三、執行方法：

在身體較隱密處(如鼠蹊部、肚臍等)，創造出約1公分的小洞。利用抽脂器械進行手術。有時可利用水刀抽脂、雷射溶脂、超音波抽脂、動力抽脂幫助手術進行。

四、可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在此限)：

任何手術或麻醉是帶有風險的，這風險會依病人整體的身體健康狀況與及手術的嚴重程度而異。由於每一個病人都有不同的特殊風險與體質，故病人應於術前告知醫師現在用藥、過去病史和藥物過敏史，以使醫師可採取應有的預防措施，以確保手術順利進行。

- (一)大量流血：雖並不常見，但術中或術後仍有可能發生。術後若發生大量流血，可能須以緊急手術治療堆積的血塊或須接受輸血。手術前10天，切勿使用阿斯匹靈或其他消炎止痛藥物，以免增加大量流血的發生。
- (二)局部出血、瘀青、血腫或術後再出血，須持續壓迫止血或行清創手術移除血腫。
- (三)傷口感染，須持續抗生素治療或是行清創手術。
- (四)肥厚性的疤痕並不常見，鼻部疤痕可能較不雅觀並與周圍皮膚有色差。不正常疤痕，需以其他療法(包括外科手術在內)另行處置。
- (五)傷口癒合時間較長：任何人都可能傷口裂開或癒合時間較長。少數病人可能會皮膚潰爛壞死，可能需經常更換傷口敷料或以手術移除壞死組織。吸菸會明顯增加皮膚壞死和傷口癒合問題併發症的機會。
- (六)過敏反應：少數的病例報告發生有對膠帶、縫線、消毒藥水的局部過敏；較嚴重的全身性過敏反應，可能發生於術中或因服用藥物，過敏反應需要另行處置
- (七)除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
- (八)除局部麻醉外的手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散進入肺臟而危及生命，需給予呼吸治療及施打抗凝血劑。

(九)心臟因承受壓力而可能造成心臟病發作或中風，需進行緊急介入性治療。

(十)皮膚表面不平整或可見或可觸摸的皺紋。

五、術後復原期可能發生的問題：

(一)部分腫脹及瘀血情況，腫脹將在術後數週消失，瘀血至少持續3週或更久。

(二)有些地方將感到麻木，約持續數週至數月不等，感覺才會恢復正常。

(三)術後傷口處理原則

1. 飲食先喝少許開水，若無嘔吐情形始可進食。一般普通飲食，禁止吸菸、喝酒及減少辛辣等刺激性食物攝取約兩星期。
2. 術後2天須盡量臥床休息，以減少疼痛不適及流血情形。
3. 休息時盡量抬高患部，以利消除腫脹。
4. 術後3天可開始淋浴。1週後可坐浴，並按摩瘀青處以利瘀青消除。正常活動可漸進開始，約1至2週可恢復大部分活動，劇烈運動約術後6週可漸進開始。
5. 塑身衣的穿著至少約持續3個月，且術後需立即穿著，以利止血，若塑身衣鬆了，應盡快修改或更換合適的尺寸，以幫助組織消腫及改善身材。
6. 傷口護理：保持清潔乾燥即可，若膠布髒或浸濕則予以更換。傷口須以透氣紙膠布黏貼約3至6個月，並於術後第14天開始按摩，以避免疤痕肥厚增生。
7. 術後若有劇烈的疼痛或局部快速腫脹，應立即返院。
8. 並不是術後就能馬上恢復曲線窈窕的身材，手術部位會有瘀青或麻木感的情形約持續數週。
9. 另外須注意在術後保持體重，則抽脂的效果是永久的，即使是增加些微體重，這些體重是平均分佈，而不會聚積在身體某些區域而造成困擾。

六、其他補充說明：

(一)每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。

(二)此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

七、參考文獻：

1. Heller JB, Teng E, Knoll BI, Persing J. Outcome analysis of combined lipoabdominoplasty versus conventional abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2008;121:1821 – 1829.
2. Broughton G II, Horton B, Lipschitz A, Kenkel JM, Brown SA, Rohrich RJ. Lifestyle outcomes, satisfaction, and attitudes of patients after liposuction: A Dallas experience. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117:1738 – 1749
3. Masoumi Lari SJ, Roustaei N, Roshan SK, Chalian M, Chalian H, Honarbakhsh Y. Determinants of patient satisfaction with ultrasound-assisted liposuction. *Aesthet Surg J*. 2010;30:714 – 719
4. Zocchi ML. Ultrasound assisted lipoplasty: Technical refinements and clinical evaluations. *Clin Plast Surg*. 1996;23:575 – 598.
5. Roustaei N, Masoumi Lari SJ, Chalian M, Chalian H, Bakhshandeh H. Safety of ultrasound-assisted liposuction: A survey of 660 operations. *Aesthetic Plast Surg*. 2009;33:213 – 218.
6. Illouz YG. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases. *Plast Reconstr Surg*. 1983;72:591 – 597.
7. Lee YH, Hong JJ, Bang CY. Dual plane lipoplasty for superficial and deep layers. *Plast Reconstr Surg*. 1999;104:1877 – 1884.

8. Commons GW, Halperin B, Chang CC. Large-volume liposuction: A review of 631 consecutive cases over 12 years. Plast Reconstr Surg. 2001;108:1753 – 1763.
9. Troilius C. Ultrasound-assisted lipoplasty: Is it really safe? Aesthet Plast Surg. 1999;23:307 – 311.

八、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

☐ 我已瞭解上述說明，並同意抽脂手術（請簽署抽脂手術同意書）。

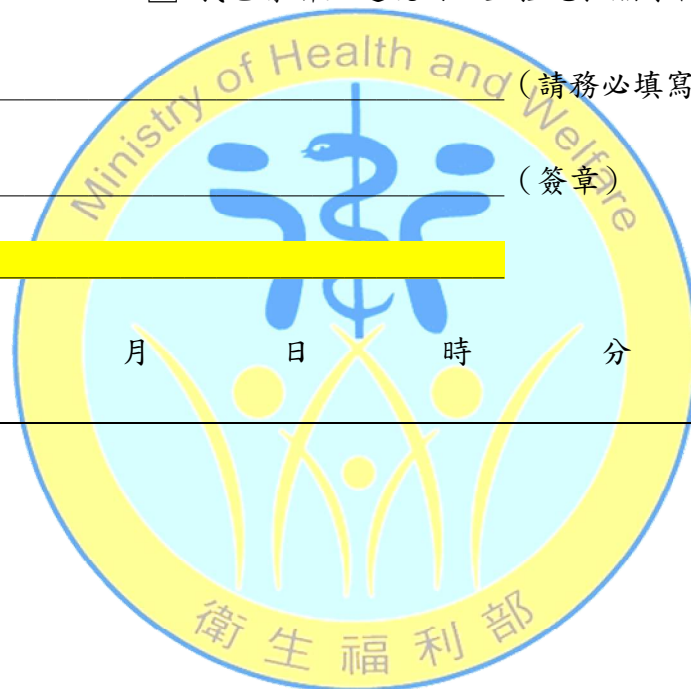
☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕抽脂手術。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及
專科證書字號：

西元 年 月 日 時 分



上下眼瞼整形手術同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議手術名稱（部位）：

2. 建議手術原因：_____（有患側區別者，請加註部位）

3. 各項費用：_____（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
☐ 手術併發症及可能處理方式
☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
☒ 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

手術負責醫師簽名：_____

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

醫師專科別及
專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☐ 同意 ☐ 不同意輸血。
 （醫療法第63 條規定但如情況緊急，不在此限）
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：_____ 關係：病人之 _____ 電話：(0) _____
 住址：_____ 日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

見證人簽名：

☐不需見證人，簽名： 日期：____年____月____日
時間：____時____分

附註：

一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。

三、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。

四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。

五、未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。



上下眼瞼整形手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人的病情及接受「上下眼瞼整形手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能遇到的問題以及未接受處置可能出現的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後若仍有疑問，請在簽署同意書前與醫師討論。

一、接受上下眼瞼整形手術之病情說明：

眼瞼醜形可能是先天形成或後天老化所產生，上眼瞼常見狀況為單眼皮，眼瞼裂過小，眼皮脂肪累積，眼瞼下垂，眼瞼皮膚鬆弛；下眼瞼則為結締組織鬆弛導致眼袋脂肪突出，淚溝明顯，以及皮膚鬆弛等症狀。另疾病或外傷也可導致眼瞼缺損或醜形。

二、手術目的：改善眼瞼外觀。

三、手術方法：

用外科手術改善眼瞼外觀，視需要可能需移除多餘皮膚及脂肪組織，建立雙眼皮皺摺，或用組織移植等方式重建眼瞼缺損。若有下列情形，請於術前主動告知醫師：

1. 血液凝血功能不良傾向。
2. 有疤痕增生體質。
3. 有藥物過敏。
4. 有吸菸、喝酒習慣。
5. 過去曾接受手術。
6. 正在使用可邁丁(Warfarin)、阿斯匹靈、維他命 E 等影響血液凝固藥物。
7. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病。

四、處置的好處：改善眼瞼外觀。

五、併發症及後遺症發生機率及處理方法(包含如下但不在此限)：

- (一)血腫或手術後再出血。
- (二)傷口感染、疤痕增生肥厚或攣縮。
- (三)眼睛異物感或流淚。
- (四)縫線鬆移、脫出、甚至雙眼皮不明顯或消失之現象
- (五)眼瞼整形手術者，術後可能因疤痕反應造成眼瞼外翻或雙眼不對稱之一時性現象，此多半會在術後半年左右，疤痕穩定後逐漸改善。
- (六)術後初期，可能因眼瞼腫脹造成複視或視力模糊，多半在術後 1 至 2 天逐漸改善
- (七)少數病人有眼球後積血壓迫眼球的現象。(0.05%術後眼球後積血並造成視覺喪失，0.0045%術後眼球後積血並造成永久性視覺喪失；Ophthal Plast Reconstr Surg. 2004;20:426-432)。暫時或永久性複視(0.2%;Ann Ophthalmol.1984)
- (八)其他偶發病變及併發症。

六、術後復原期可能發生的問題：

- (一)眼瞼腫脹及瘀血：每小時冰敷 10 至 20 分鐘(時間以可忍受為主勿勉強)可能減輕傷口血腫及疼痛感。
- (一)血腫：術後請勿低頭或用力做事，以免血壓上升或眼瞼充血而引發血腫。
- (二)傷口癒合不良：勿食辛辣、酒等刺激性食物，勿抽菸或吸二手菸，生活作息盡量正常，以免傷口癒合不好。傷口須按時換藥照護。
- (三)疤痕：傷口癒合後的疤痕為粉紅色。須經 3 至 6 個月的照顧按摩淡化。
- (四)由醫師安排回診拆線時間，如傷口有大量出血、嚴重疼痛、局部發炎或身體不適，請儘速到醫院就醫。

七、其他補充說明：

(一)每次手術費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。

(二)此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

(三)有抽菸者，最好請先戒菸兩週以上，因抽菸會抑制血流到皮膚，影響傷口癒合。

(四)若有服用抗凝血藥物者，請與內科醫師討論後，停藥 1-2 週，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。

八、參考文獻：

1. Hass, Andrea N.; Penne, Robert B.; Stefanyszyn, Mary A.; Flanagan, Joseph C. Incidence of Postblepharoplasty Orbital Hemorrhage and Associated Visual Loss. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2004;20:426-432.
2. Hayworth RS, Lisman RD, Muchnick RS, Smith B. Diplopia following blepharoplasty. Ann Ophthalmol. 1984;16:448-451

九、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

☐ 我已瞭解上述說明，並同意上下眼瞼整形手術 (請簽署上下眼瞼整形手術同意書)。

☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕上下眼瞼整形手術。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分

一般整形手術同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議手術名稱（部位）：

2. 建議手術原因：（有患側區別者，請加註部位）

3. 各項費用：（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
☐ 手術併發症及可能處理方式
☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
☒ 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

手術負責醫師簽名：_____

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

醫師專科別及
專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☐ 同意 ☐ 不同意輸血。
 （醫療法第63條規定但如情況緊急，不在此限）
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：_____ 關係：病人之 _____ 電話：(0) _____
 住址：_____ 日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

見證人簽名：_____ ☐ 不需見證人，簽名：_____ 日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

附註：_____
 一、一般手術的風險

- 1.除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
 - 2.除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
 - 3.因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
 - 4.醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。
- 二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。
- 三、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。
- 四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。
- 五、未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。



一般整形手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人的病情及接受「一般整形手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能遇到的問題以及未接受處置可能出現的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後若仍有疑問，請在簽署同意書前再與醫師討論。

一、接受一般整形手術病情說明：身體各部位之病變、缺陷及美觀問題

二、手術目的：利用整形手術方式得以矯正或改善上述問題

三、手術方法：

依各部位之美觀問題之原因不同而有不同的手術方式。若有下列情形，請於術前主動告知醫師：

- 1.有血液凝血功能不良傾向。
- 2.有疤痕增生體質。
- 3.有藥物過敏。
- 4.有吸菸、喝酒習慣。
- 5.過去曾接受手術。
- 6.正在使用阿斯匹靈、維他命E、可邁丁(Warfarin)等影響血液凝固的藥物。
- 7.有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病。

四、處置的好處：能夠改善或矯正身體各部位之美觀問題

五、併發症及後遺症發生機率及處理方法：

- (一)大量流血：術中或術後仍有可能發生大量流血，若發生術後大量流血，可能須緊急手術治療堆積的血塊或須接受輸血，在手術前10天，不可使用阿斯匹靈或其他消炎止痛藥物，避免增加大量流血的危險性。
- (二)局部出血、瘀青、血腫或術後再出血，須持續壓迫止血或行清創手術移除血腫。
- (三)傷口感染，須持續抗生素治療或是行清創手術。
- (四)肥厚性的疤痕並不常見，疤痕可能會不雅觀並和周圍的皮膚有不同的顏色，為了治療不正常的疤痕，可能需要其他的療法，包括外科手術在內。
- (五)傷口癒合的時間較長：傷口裂出或癒合時間較長都有可能，極少數病患有皮膚潰爛壞死之可能，這可能需經常更換傷口敷料或進一步手術移除壞死組織。吸菸會明顯增加皮膚壞死和傷口癒合問題併發症的機會。
- (六)過敏反應：少數的病例報告對膠帶、縫線、消毒藥水會發生過敏情況，全身性過敏反應可能會在術中或服藥時因藥物而產生，過敏反應需要額外的處置治療。
- (七)醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

六、替代處置方案：可採用非侵入性之方式

七、術後復原期可能發生的問題：

- (一)部分腫脹及瘀血情況是正常的，腫脹將在術後數週消失，而瘀血則至少持續3週或更久。
- (二)有些地方將感到麻木，約持續數週至數月不等，感覺才會恢復正常。

八、其他補充說明：

- (一)每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。
- (二)此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
- (三)有抽菸者，最好請先戒菸一個月，因抽菸會抑制血流到皮膚，影響傷口癒合。
- (四)若有服用抗凝血藥物者，請與內科醫師討論後，停藥1-2個星期，以免造成凝血異常，影響傷

口癒合。

(五)術後傷口處理原則：

1. 冷敷：每間隔 40 分鐘，冷敷 15-20 分，可減輕紅腫熱痛的反應。如第 7 日後仍有紅腫、瘀血的情形，請改用溫敷（亦為每間隔 40 分鐘，溫敷約 15~20 分鐘）。
2. 清潔：可用煮沸過的冷、溫水，生理食鹽水等清潔。清潔後請擦拭乾淨。勿重力摩擦，並保持傷口乾燥乾淨。
3. 擦藥：請於早、晚清潔患部。再用無菌棉籤，上一層薄薄的消炎藥膏即可。
4. 其他傷口照護須因不同的手術方式而有所不同。

九、參考文獻：

1. Broughton G II, Horton B, Lipschitz A, Kenkel JM, Brown SA, Rohrich RJ. Lifestyle outcomes, satisfaction, and attitudes of patients after liposuction: A Dallas experience. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117:1738-1749.
2. Toriumi DM, Pero CD. Asian rhinoplasty. *Clin Plast Surg*. 2010;37:335-352.
3. Datubo-Brown DD. Keloids: A review of the literature. *Br J Plast Surg*. 1990;43:70-77.
4. Fearmonti R, Bond J, Erdmann D, Levinson H. A review of scar scales and scar measuring devices. *J Plast Surg*. 2010;10:354-363.
5. Bisbal, J., del Cacho, C., and Casalo, J. Surgical treatment of axillary hyperhidrosis. *Ann. Plast. Surg*. 18: 429, 1987.
6. Clark CP. Blepharoplasty and browlift. *Selected Read Plast Surg*. 2001;9:1.
7. Pacella SJ, Nahai FR, Nahai F. Transconjunctival blepharoplasty for upper and lower eyelids. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125:384-392.
8. Ching S, Thoma A, McCabe RE, Antony MM. Measuring outcomes in aesthetic surgery: A comprehensive review of the literature. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111:469-480; discussion 481-462.
9. Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Patients' health related quality of life before and after aesthetic surgery. *Br J Plast Surg*. 1996;49:433-438.
10. von Soest T, Kvaalem IL, Skolleborg KC, Roald HE. Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117:51-62; discussion 63-64.
11. Alsarraf R. Outcomes research in facial plastic surgery: A review and new directions. *Aesthetic Plast Surg*. 2000;24:192-197.

十、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

☐ 我已瞭解上述說明，並同意一般整形手術（請簽署一般整形手術同意書）。

☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕一般整形手術。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

雷射治療同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____

病人出生日期：_____年_____月_____日

病人病歷號碼：_____

一、經_____醫師診察後，擬建議實施治療（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議治療原因：

2. 建議治療名稱：

3. 各項費用：_____（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」）（請立同意書人於說明醫師說明後簽署欄位註記「#」者）

1. 說明醫師：

(1) 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項治療之相關資訊，特別是下列事項：

☐ 需實施治療之原因☐ 不實施治療可能之後果☐ 其他可替代之治療方式☐ 如另有治療相關說明資料，我並已交付病人☐ 此治療非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

(2) 病人問題詢問與答覆：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

說明醫師：

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

#立同意書人：

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

2. 執行醫師：

(1) 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項治療之相關資訊，特別是下列事項：

☐ 治療步驟、範圍、風險、成功率☐ 治療併發症及可能處理方式☐ 預期治療後，可能出現之暫時或永久症狀☐ 如另有治療相關說明資料，我並已交付病人

(2) 病人問題詢問與答覆：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

執行醫師：

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明（請立同意書人於執行醫師說明後簽署欄位註記「◎」者，註記「※」者得預先填寫）

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個治療的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解治療可能預後情況和不進行治療的風險。
4. 針對我的情況、治療之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
5. 我瞭解在治療過程中，如果因醫療之必要而切除的組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行

治療報告，並且在之後會謹慎依法處理。

6. 我瞭解這個治療無法保證一定能改善病情。

7. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

◎基於上述聲明，我 ☐ 同意 ☐ 不同意 進行此治療。

立同意書人簽名：_____ 關係：病人之_____ 電話：(0) _____
住址：_____ 日期：_____年_____月_____日
時間：_____時_____分

註1.立同意書人應需由病人親自簽具，並於「與病人之關係欄」註明為本人；病人若未年滿20歲或不能親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具，並於「與病人之關係欄」註明與病人之關係。
註2.機構為病人實施侵入性檢查、治療或處置後，若須再度實施，除緊急情況外，應再度說明並簽具同意書



雷射治療說明（範本）

這份說明書是用來解說病人的病情及接受「雷射治療」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能的問題以及未接受處置可能的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後，若病人仍有疑問，請在簽署同意書前再與醫師討論。

一、接受雷射治療之相關疾病診斷說明：

- (一)雷射為特定波長的準直光線，根據選擇性光熱療法（selective photothermolysis）的原理，利用不同波長的雷射光能作用在標的物之載色體（chromophore）上；或是分段雷射療法（Fractional Photothermolysis），利用均勻分散的微小雷射光束加熱破壞皮膚表皮及真皮層，刺激皮膚再生反應。
- (二)临床上可應用於治療色素斑、瘢痕、皮膚血管疾患等病症。

二、治療之目的與效益：

- (一)色素性病灶，包括雀斑、老人斑、黑痣、顴骨母斑、太田母斑、刺青等。
- (二)血管性病灶，如微細血管增生、酒糟、血管瘤、疤痕等。
- (三)其他如：除毛、除紋等。

三、執行方法：利用雷射光束精確地治療皮膚病灶。

四、處置效益：

- (一)色素性病灶：治療效果因色素性病灶的程度及深度而異。一般淺層的色素斑，可能一次或數次後去除；而較深層的色素斑通常需多次治療方可去除。
- (二)血管性病灶：利用雷射光收縮或破壞擴張之血管性病灶。治療效果因血管性病灶位置深度不同以及特性而異。
- (三)除毛雷射：因為雷射除毛是針對處於生長期的毛囊方有破壞效果；單次治療只能去除 1/3 至 1/4 的毛髮，故需要多次雷射除毛治療。
- (四)其他如除紋等雷射治療因個人皮膚回復能力不同，治療效果及恢復期亦有所不同。

五、可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：

- (一)雷射治療後的皮膚泛紅通常可在短時間內恢復。
- (二)治療部位會感到灼熱感及開放式傷口有微量流血，輕微紅腫為正常反應，臉部痂皮約 5-7 天後自然脫落。
- (三)少數病患有灼傷、血腫、出血或傷口皰疹(0.3-2%)或細菌感染(0.5-4.5%)。
- (四)會有黑色素沉澱(10-32%)現象，若妥善保養勿曬太陽，仍有恢復的機會。黑色素變少(1-20%)現象大部分短期內可恢復。

六、替代處置方案（這個醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個醫療處置，請與醫師討論您的決定）：

- (一)色素性病灶：外用藥物、手術切除、電燒治療等。
- (二)血管性病灶：部分酒糟膚質可以口服藥物控制，部分血管瘤病灶可以手術等方式治療。

七、未處置之風險：

本治療係基於外觀考量的醫療處置，然而部分色素性病灶仍有惡性病變之可能性；部分血管性病灶如未處置亦可能有擴大或是產生出血、潰瘍等變化。

八、術後復原期可能出現的問題：

1. 患部因局部麻醉及照射，在治療後數小時或數日內，會有浮腫現象。
2. 患部一般會有滲透液流出或皮膚瘀青，約 1 至 2 週後可消失；爾後可能會有痂皮產生，此時勿用手指刮除，讓其自行脫落，對皮膚癒合較有利。

3. 當痂皮脫落後，患部預期可能會呈深紅色，並非表示治療無效；治療後約二個月或半年後，患部顏色會逐漸開始變淡，過程可能延續一年。

九、其他補充說明：

(一)若有下列情形，請主動告知醫師：

1. 有血液凝血功能不良傾向
2. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病
3. 有疤痕增生體質
4. 正在使用阿斯匹靈、維他命 E、可邁丁(Warfarin)等影響血液凝固的藥物
5. 有藥物過敏
6. 過去曾接受手術

(二)有抽菸者，最好請先戒菸一個月，因抽菸會抑制血流到皮膚，影響傷口癒合。

(三)若有服用抗凝血藥物者，請先和您的醫師討論後，停藥一~二個星期，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。

(四)每次治療發生之費用，均以當次治療為限，如須再次治療或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。

(五)此處置非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

十、參考文獻：

1. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. 2012.
2. Botulinum Toxin: Procedures in Cosmetic Dermatology Series. 3rd ed. 2012.
3. A Practical Guide to Botulinum Toxin Procedures (Cosmetic Procedures). 1st ed. 2011.
4. Metelitsa AI, Alster TS. Fractionated laser skin resurfacing treatment complications: a review. Dermatol Surg 2010;36:299-306.

十一、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

☐ 我已瞭解上述說明，並同意雷射治療（請簽署雷射治療同意書）。

☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕雷射治療。

與病人之關係：_____（請務必填寫）

解釋醫師：_____（簽章）

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分

腹部整形手術同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議手術名稱（部位）：

2. 建議手術原因：（有患側區別者，請加註部位）

3. 各項費用：（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
☐ 手術併發症及可能處理方式
☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
☒ 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

手術負責醫師簽名：_____

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☐ 同意 ☐ 不同意輸血。
 （醫療法第63條規定但如情況緊急，不在此限）
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：

關係：病人之_____

電話：（0）_____

住址：

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

時間：_____ 時 _____ 分

見證人簽名：

☐不需見證人，簽名：日期：____年____月____日
時間：____時____分

附註：

一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。

三、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。

四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。

五、未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。



腹部整形手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人的病情及接受「腹部整形手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能遇到的問題及未接受處置可能的後果，做為病人與醫師討論的資料。經醫師說明後若仍有疑問，請在簽署同意書前再與醫師討論

一、接受腹部整形手術之病情說明：

腹部組織下垂是產後婦女之腹腔因懷孕過度膨脹或肥胖(男性/女性)，造成筋膜鬆弛、皮膚及皮下脂肪鬆弛而形成皺紋。

二、手術目的：

移除腹部中間及下腹多餘皮膚及脂肪組織並拉緊腹壁的肌肉。該手術屬體形雕塑手術，不用來減肥，肥胖的人應考慮減重之後才能接受各項體形雕塑手術。

三、手術方法：

醫生會採用不同的手術技法施行腹部整形，將過度鬆弛的皮膚，脂肪切除及將筋膜拉緊，在恥骨上方有 25-30 公分以上的疤痕。若因皮膚切除較多會造肚臍下拉變形，肚臍須做成形手術。腹部整形可結合其他體形雕塑手術，包括抽脂等。

四、處置效益：

改善小腹時因皮膚和肌肉過於鬆弛，靠抽脂仍會存有明顯皮膚皺摺及下垂。如想得到平坦的腹部與腰線，可能需考慮腹部整形手術(又稱拉肚皮手術)。

五、併發症及後遺症發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：

- (一)大量流血：術中或術後仍有可能發出大量流血，若術後大量流血，可能須緊急手術治療堆積的血塊或接受輸血。在手術前 10 天，絕不可使用阿斯匹靈或其他消炎止痛藥物，避免增加大量流血的危險性。
- (二)感染：術後較不常見，若有感染，可能需要抗生素治療或額外的手術治療。
- (三)皮膚感覺改變：整形後之下腹皮膚感覺遲鈍或沒感覺，可能無法恢復正常。
- (四)皮膚表面不平整或凹陷：整形後，皮膚上可能會有可見或可觸摸的皺紋。
- (五)疤痕：肥厚性的疤痕並不常見，腹部疤痕可能不雅觀並和周圍皮膚顏色不同，可能需要其他的療法，包括外科手術在內。
- (六)麻醉風險：局部麻醉和全身麻醉都有其危險性，各種形式的手術麻醉或鎮靜藥物都會有發生併發症的可能，甚至嚴重到死亡。
- (七)不對稱的體形：腹部整形不一定會有對稱的體形，影響因素有：本身的皮膚彈性、脂肪分佈、骨架膨出部分、肌肉張力，都可能在術後造成不對稱體形。
- (八)傷口裂開或傷口癒合時間較長：腹部有些區域傷口不易癒合或需較長時間來癒合，有些區域的皮膚會壞死，可能需經常更換敷料或手術移除壞死組織。吸菸會明顯增加皮膚壞死和傷口不癒併發症的機會。
- (九)過敏反應：少數病例報告對膠帶、縫線、消毒藥水產生局部過敏，嚴重的全身性過敏反應可能在術中或服藥時因藥物而產生，過敏反應需要額外的處置治療
- (十)呼吸系統併發症：由血塊(肺部栓塞)或全身麻醉後肺部局部塌陷等造成。若發生時需住院接受其他進一步的治療，在某些情況下肺部栓塞是有致命的危險。

六、術後復原期可能發生的問題：

- (一)皮膚感覺改變：整形後之下腹皮膚感覺遲鈍或沒感覺，可能無法恢復正常。
- (二)皮膚表面不平整或凹陷：整形後，皮膚上可能會有可見或可觸摸的皺紋。
- (三)血腫及皮下組織液蓄積，一般會自行吸收，若量多或感染則需引流。
- (四)不對稱的體形：腹部整形不一定會有對稱的體形，影響因素有：本身的皮膚彈性、脂肪分佈、骨架膨出部分、肌肉張力，都可能在術後造成不對稱體形。

七、其他補充說明：

- (一)每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。
- (二)此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

八、參考文獻：

1. <http://en.wikipedia.org/wiki/Abdominoplast>
2. Analysis of Complications From Abdominoplasty: A Review of 206 Cases at a University Hospital Annals of Plastic Surgery: March 2007 - Volume 58 - Issue 3 - pp 292-298
3. Abdominoplasty and Abdominal Contour Surgery: A National Plastic Surgery Survey. Plastic & Reconstructive Surgery: January 2007 - Volume 119 - Issue 1 p426-427

九、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

☐ 我已瞭解上述說明，並同意腹部整形手術（請簽署腹部整形手術同意書）。

☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕腹部整形手術。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分

狐臭治療手術同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議手術名稱（部位）：

2. 建議手術原因：（有患側區別者，請加註部位）

3. 各項費用：（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
☐ 手術併發症及可能處理方式
☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
☒ 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

手術負責醫師簽名：_____ 日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☐ 同意 ☐ 不同意輸血。
 （醫療法第63條規定但如情況緊急，不在此限）
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：_____ 關係：病人之 _____ 電話：(0) _____
 住址：_____ 日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

見證人簽名：_____ ☐ 不需見證人，簽名：_____ 日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

附註：

一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。

- 2.除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
 - 3.因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
 - 4.醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。
- 二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。
- 三、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。
- 四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。
- 五、**未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。**



狐臭治療手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人的病情及接受「狐臭治療手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能遇到的問題以及未接受處置可能出現的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後若仍有疑問，請在簽署同意書前再與醫師討論。

一、接受狐臭治療手術之病情說明：腋下皮下頂漿腺分泌過盛經細菌繁殖形成異味。

二、手術目的：減少腋下皮下頂漿腺數目以減低頂漿腺分泌減少異味。

三、手術方法：旋轉刀切除法或傳統開放刀口切除法。若有下列情形，請於術前主動告知醫師：

1. 有血液凝血功能不良傾向。
2. 有疤痕增生體質。
3. 有藥物過敏。
4. 有吸菸、喝酒習慣。
5. 過去曾接受手術。
6. 正在使用阿斯匹靈、維他命 E、可邁丁(Warfarin)等影響血液凝固的藥物。
7. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病。

四、手術效益：減少異味。

五、併發症及後遺症發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：

- (一)傷口血腫或術後再出血(約 5%)，血腫少量會自行吸收，大量時需手術止血。傷口搔癢、感染、疤痕增生肥厚或攣縮。
- (二)少數病患因傷口復原不佳導致腋下皮膚部分壞死或復發之可能性。
- (三)少數病患可能有手臂或胸部局部感覺神經疼痛或麻木，以及皮下囊腫的情形。
- (四)其他偶發病變及併發症。

六、成功率：若無傷口感染或血腫，一般手術成功率約____%。

七、術後復原期可能發生的問題：

- (一)不穩定皮膚容易形成水泡或形成疤痕攣縮肥厚。
- (二)腋下皮下頂漿腺手術術後傷口處理原則：
 1. 如術後有使用加壓紗布或放置引流管(一般會有些許紅色滲出物)，請勿自行移(拔)除，於回診時經醫師評估後再移(拔)除。
 2. 請於早、中、晚清潔患部(用煮沸過的冷、溫水，生理食鹽水等清潔傷口)，清潔後請擦拭乾淨、勿重力摩擦，保持乾燥乾淨。清潔後再用無菌棉籤，上一層薄薄的消炎藥膏。
 3. 術後 1 至 2 週，避免有雙手抬高、伸展、使力的動作。並依醫師指示按摩傷口持續 3 至 6 個月。

八、其他補充說明：

- (一)有抽菸者，最好請先戒菸一個月，因抽菸會抑制血流到皮膚，影響傷口癒合。
- (二)若有服用抗凝血藥物者，請與內科醫師討論後，停藥 1-2 週，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。
- (三)每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。
- (四)此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

九、參考文獻（若有參考文獻，請填寫）：

1. Treatment for Axillary Osmidrosis with Suction-Assisted Cartilage Shaver British Journal of Plastic Surgery 2005 58:223-7
2. Bromhidrosis Treatment & Management, <http://emedicine.medscape.com/article/1072342-treatment#showall>。

十、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

☐ 我已瞭解上述說明，並同意狐臭治療手術（請簽署狐臭治療手術同意書）。

☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕狐臭治療手術。

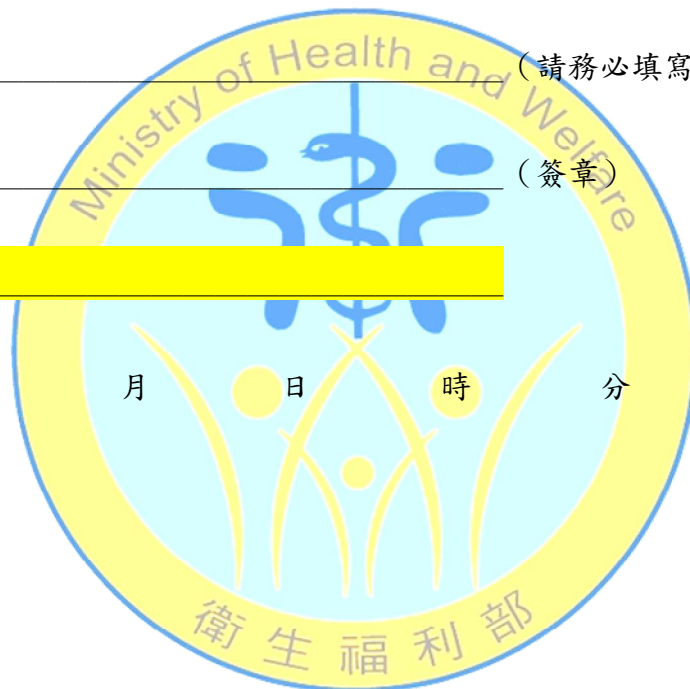
與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分



乳房整形手術同意書（範本）

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議手術名稱（部位）：

2. 建議手術原因：

（有患側區別者，請加註部位）

3. 各項費用：

（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
☐ 手術併發症及可能處理方式
☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
☒ 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

手術負責醫師簽名：_____

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☐ 同意 ☐ 不同意輸血。
 （醫療法第63 條規定但如情況緊急，不在此限）
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：

關係：病人之_____

電話：（0 ）_____

住址：

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

時間：_____ 時 _____ 分

見證人簽名：

☐不需見證人，簽名： 日期：____年____月____日
時間：____時____分

附註：

一、一般手術的風險

- 1.除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
- 2.除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
- 3.因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
- 4.醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。

三、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。

四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。

五、未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。



乳房整形手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人的病情及接受「乳房整形手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能遇到的問題以及未接受處置可能出現的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後仍有疑問，請在簽署同意書前與醫師討論。

一、接受乳房整形手術之病情說明：

病人因乳房發育不良、產後萎縮、下垂或因發育過大而需接受乳房整形手術。

二、手術目的：

透過隆乳手術，將發育不良或萎縮的乳房增大，乳房整形手術之目的在於改善乳房美形，建議病患接受手術時應年滿 18 歲，此時乳房的發育大致完成，心理狀況也較能調適。透過縮乳或提乳手術，減少乳房組織或提升乳房至正常位置，並達到美觀的目的。

三、執行方法：

- (一)若有下列情形，請於術前主動告知醫師：1.有血液凝血功能不良傾向。2.有疤痕增生體質。3.有藥物過敏。4.有吸菸、喝酒習慣。5.過去曾接受手術。6.正在使用阿斯匹靈、維他命 E、可邁丁(Warfarin)等影響血液凝固的藥物。7.有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病。
- (二)隆乳手術：「義乳隆乳」的方式有許多種，依材質分為鹽水袋和果凍矽膠；依表面有光滑面和絨毛面的分別；依切口方式分為腋下、乳暈旁和乳下緣切口；依據置放的空間可分為胸大肌下與乳腺筋膜下。「自體脂肪隆乳」，抽出自身的脂肪純化後，再注射到胸部作隆乳，各種方式有其優缺點，術前應與醫師詳加討論，找出最適合自己的方式。
- (三)縮乳或提乳手術：「縮乳手術」是把乳房多餘的乳腺組織，脂肪及皮膚切除，乳暈及乳頭上移，以重建一個正常大小的乳房，疤痕以倒 T 字型、I 字型或環乳暈的方式完成。「提乳手術」類似縮乳手術，差異在於切除的乳腺組織較少(或不切除乳腺組織)。無論縮乳或提乳，目的都是改善乳房至正常大小與美形，然而東方人疤痕較明顯，術後疤痕往往清晰可見。

四、手術的預期效果：

- (一)隆乳手術：將發育不良或萎縮的乳房增大，以得到較佳的美觀；使雙側不對稱的乳房，藉由隆乳的方式，得到較佳的對稱性。
- (二)縮乳或提乳手術：緩解多餘乳房組織引起的背(頸)部及肩膀疼痛及內衣肩帶所引起的不適；緩解乳房皺折引起的皮膚刺激；改善拉扯的皮膚造成的大乳暈。
- (三)乳頭美容手術：乳頭美容手術包含乳頭縮小及乳頭凹陷矯正。乳頭凹陷為先天性的問題，手術可以改善乳頭清潔及美觀效果，然而哺餵母乳之可能性於術前的嚴重程度已決定，手術無法真正改善。乳頭縮小手術適用於乳頭過度肥厚的患者，術前應針對希望的乳頭大小、高度與醫師做溝通。

五、可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：(加入仿單之併發症)

(一)隆乳手術

1. 包膜(莢膜)攣縮：3-18%；當義乳植入人體後，組織會因異物反應而形成一層纖維化的外膜將義乳包住，此即為莢膜，若莢膜攣縮初期外觀不佳，嚴重時則會有疼痛的感覺，後要手術放鬆；發生初期需以按摩與適當的物理治療處理，若形成嚴重的包膜攣縮，則需再次手術。為預防莢膜攣縮，術後應與醫師配合，在指導下做術後按摩，並定期回診。
2. 義乳的滲漏與破裂：十年內破裂的可能性 0.5-5.5% 不等；義乳可承受極大的壓力(200 磅/平方公分)，但如針刺或遭瞬間撞擊時仍可能破裂，義乳滲漏後會造成兩邊胸部大小不一，需再次手術更換新的義乳，請立刻和醫師聯絡。
3. 兩側不對稱：1.8-6.7%；術前雙側的乳房高低與大小通常是不一樣的，這個情況

在半邊胸部發育不良的情況會更明顯，在手術時醫師會可能調整以達到兩側盡量一致，但術後仍可能有一定程度的不對稱(如乳頭位置或乳房大小的不同)。

4. 義乳移位：3.5-7.7%，為了讓義乳維持在適當的位置，除了術後遵循醫囑按摩，應定期回診；輕微的移位可靠按摩或胸罩來調整，嚴重的義乳移位則可考慮再次手術來調整位置。
5. 出血：1-2%；手術中醫師會盡可能以內視鏡作止血的动作，但仍無法完全避免出血，輕微的出血靠加壓即可止血，若發生嚴重或持續的血腫，則可能需再次手術止血並清除血塊。
6. 術後感染：1-2%；若發生感染，則需接受抗生素治療，若經抗生素治療仍無法改善病況的話，則需接受義乳移除手術。
7. 乳頭與乳房皮膚感覺異常：1-2%；大多數人於手術後數月內會逐漸恢復正常或減輕，僅少數的人會有部分區域的局部或永久感覺喪失。

(二)縮乳或提乳手術

1. 疤痕：視切口方式不同以及手術前乳房肥大與下垂的程度，而產生不同長度的疤痕，醫生會盡量朝美觀的方向作縫合，但疤痕仍無可避免。
2. 皮膚壞死或切開傷口癒合不良：5.4-19%；較易在抽菸的患者身上發生，若發生則需要較常的換藥與復原期。
3. 乳頭或乳暈壞死：0-7%；若發生則需要較常的換藥與復原期，乳頭完全壞死的可能性極低，醫師會盡量避免，若發生則需考慮再次手術以重建乳頭。
4. 兩邊不對稱：8-21%；術前雙側的乳房高低與大小通常是不一樣的，在手術時醫師會可能調整以達到兩側盡量一致，但術後仍可能有一定程度的不對稱(如乳頭位置或乳房大小的不同)；輕微的不對稱是正常可接受的，若有明顯的不對稱，則可再次手術調整形狀。
5. 血腫：0-1%；若有需要，術中醫師會放置導流管，嚴重或持續的血腫，有時需接受再次手術以清除血腫。
6. 乳頭以及乳房感覺異常：0-9.5%；大多數人於手術後數月內會逐漸恢復正常或減輕，僅少數的人會有部分區域的局部或永久感覺喪失。
7. 感染：約 3-4%；輕微感染需藉由抗生素治療，嚴重感染則可能需接受清創手術治療。

六、 替代處置方案：

(一)隆乳手術替代處置方案：配戴義乳可在穿衣服與胸罩時得到不錯的胸型，好處是可隨己意決定穿戴大小、不需承擔手術風險；但缺點為：需每天更替與穿戴、劇烈活動時有走位的可能、義乳表面物與皮膚摩擦易有濕疹、不穿衣服時仍可見明顯乳房萎縮或發育不全等問題。

(二)縮乳或提乳手術替代處置方案：無

(三)乳頭縮小或乳頭凹陷矯正手術：無

七、 未處置之風險：無

八、 術後復原期可能出現的問題：

(一)隆乳手術

1. 術後第 1 天即可下床走動，術後 3 天後可淋浴，但事後須保持傷口乾爽。須使用抗生素至醫囑停藥為止，避免感染。
2. 第 1 個星期不要舉重物或抱小孩。術後 1 至 2 週回門診及拆線，一開始多少會有一些瘀血及腫脹，大部分腫脹會在 1 個月內消失，期間可溫敷，但不宜太熱或太久；激烈運動應在術後 6 週後再開始。
3. 術後醫師及護理師會指導術後照顧，不同材質義乳照顧略有不同，應與醫師配合，以達到最佳手術效果。

(二)縮乳或提乳手術

- 術後會用彈性紗布或膠布固定，穿戴支持性內衣以減少腫脹以及支撐乳房，防止血腫。
 - 術後第2天傷口會腫脹，在第4天後逐漸消腫，傷口及引流管需按時護理
 - 術後的3天內可用冷毛巾或冰水袋冰敷手術部位，減輕腫脹。1週後可以改用溫毛巾熱敷促進腫脹的消除。
- 傷口約在術後1到2週會逐漸癒合，醫生會視癒合狀況拆掉縫線，因乳房整形手術而產生的疤痕一般需經過半年的照顧才會逐漸不明顯。術後1個月開始可持續按摩減少疤痕及緊痛，約3至6個月。
- 正常的作息：術後的生活作息一定要正常，要有充分的休息。

(三)乳頭手術

乳頭手術術後傷口需按醫囑換藥，並且避免穿著過緊的內衣，以免影響乳頭血液循環。若術後有輕微出血，可壓迫止血，但出血量大或極度疼痛無法緩解時，應立即回診。

九、其他補充說明：

- 每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。
- 有抽菸者，最好請先戒菸一個月，因抽菸會抑制血流到皮膚，影響傷口癒合。
- 若有服用抗凝血藥物者，請先和您的內科醫師討論後，停藥1-2個星期，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。
- 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

十、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

☐ 我已瞭解上述說明，並同意乳房整形手術（請簽署乳房整形手術同意書）。

☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕乳房整形手術。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分

乳房重建手術同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議手術名稱（部位）：

2. 建議手術原因：（有患側區別者，請加註部位）

3. 各項費用：（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
☐ 手術併發症及可能處理方式
☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
☒ 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

手術負責醫師簽名：_____

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☐ 同意 ☐ 不同意輸血。
 （醫療法第63條規定但如情況緊急，不在此限）
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：

關係：病人之 _____

電話：(0) _____

住址：

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

時間：_____ 時 _____ 分

見證人簽名：

☐不需見證人，簽名：日期：____年____月____日
時間：____時____分

附註：

一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。

三、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。

四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。

未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。



乳房重建手術說明（範本）

本說明書是用來解說病人病情、接受「乳房重建手術」的目的、方法、效益、併發症、成功率、其它替代方案、復原期的問題及未接受處置的後果。經醫師說明後仍有疑問，請於簽署同意書前與醫師討論。

一、病情說明：

讓因疾病、外傷或先天性因素而失去乳房的女性，接受乳房切除手術後立即或延遲性的接受重建手術，使其恢復有雙側乳房的感覺，恢復其在生活與心理上之自信。

二、目的與效益：

(一)立即性乳房重建，可減少因乳房切除後而造成的失落感或適應期。

(二)延遲性乳房重建，可使原本較緊的胸部皮膚得到改善。

三、建議方法：

手術方式	手術時間	住院天數	作法	優點	缺點
義乳植入 (Implant)	約 1 小時	立即性： 3-5 天	立即性重建： 一次完成義乳植入	1. 手術時間短 2. 成功率 98~100%，可達到穿衣服對稱的外觀 3. 無另外傷口	1. 不自然 2. 約 21.5%胸部不對稱 3. 莢膜攣縮，五年約 30% 4. 約有 12.9%發生滲漏 5. 約有 15.8%發生感染 6. 8.6%傷口癒合緩慢 7. 放射治療後病人建議避免
		延遲性： 不需住院	延遲性重建： 分兩次完成 第一次：植入組織擴張器 第二次(與第一次約隔3個月)：植入生理食鹽水袋		
局部闊背肌皮瓣 (Pedicule LD flap)	約 3 小時	3 至 5 天	將闊背肌皮瓣轉移至胸部	1. 手術時間短 2. 術後恢復快 3. 成功率 99~100%	1. 通常肌肉皮瓣的量不夠，且易萎縮 2. 觸感不好，較硬 3. 肩部有時會緊緊的 4. 背部有疤痕
局部橫腹直肌皮瓣重建 (Pedicule TRAM flap)	約 4 小時	7 至 10 天	將腹部皮瓣、脂肪及一側腹直肌經由上腹部的隧道轉移至胸部，不需顯微手術接血管	1. 自然 2. 對稱 3. 柔軟 4. 成功率 99~100%	1. 部分脂肪壞死約 7-30%，範圍較大 2. 部分皮瓣壞死約 3-15% 3. 腹部後遺症(如疝氣、腹部無力)約 3-15% 4. 腹部較痛
深下腹動脈穿通枝皮瓣 (DIEP flap) *下腎動脈穿通枝皮瓣(GAP flap)	6 至 10 小時	7 至 10 天	將腹部皮瓣包括皮膚、脂肪連同供應營養的動靜脈轉移至胸部後，將其血管以顯微手術與胸部血管連接，其後需在加護病房監測血管情況，約 3~5 天。 *是類似手術，利用腎部皮瓣脂肪重建	1. 觸感佳、自然、對稱、柔軟 2. 保留腹部肌肉，術後不會有腹部無力現象 3. 腹部傷口較不痛、恢復快 4. 病人滿意度最高 5. 成功率 98%	1. 手術及住院時間較長 2. 因顯微手術，術後需臥床休息 3~5 天 3. 部分脂肪壞死約 3~5%，範圍較小 4. 部分皮瓣壞死機率約 1~2% 5. 傷口發炎約 2~3% 6. 疝氣約小於 1%

四、可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：

這風險會依病人整體的身體健康狀況與及手術的嚴重程度而異。由於每一個病人都有不同的特殊風險與體質，故病人應於術前告知醫師現在用藥、過去病史和藥物過敏史，以使醫師可採取應有的預防措施，以確保手術順利進行。

(一)義乳置入(或組織擴張器)重建

1. 胸部不對稱: 約 21.5%; 可能須手術調整
2. 莢膜攣縮: 五年約 30%; 嚴重者可能需接受放鬆手術
3. 滲漏: 12.9%; 併發有變形者需要更換或取出植入物
4. 感染: 15.8%; 輕微者以抗生素治療，嚴重者或持續感染則需取出植入物
5. 傷口癒合緩慢: 8.6% ; 需長期的換藥

(二)局部闊背肌皮瓣(Pedicled LD flap)

1. 血清腫(seroma): 10-30%; 若發生則須較長期的引流
2. 背部麻或緊: 50%; 術後勤勞的復健可改善與降低嚴重度
3. 無法從事粗重工作: 33-39%
4. 部分或全部皮瓣壞死: < 1%; 可能需清創手術

(三)局部橫腹直肌皮瓣重建(Pedicled TRAM flap)

1. 部分脂肪壞死: 7~30%; 可能需清創手術
2. 部分皮瓣壞死: 3~15%; 可能需清創手術
3. 腹部後遺症(如疝氣、腹部無力): 3~15%; 可能須手術重建腹壁筋膜
4. 腹部較痛

(四)接受深下腹動脈穿通枝皮瓣(DIEP flap).移植者

1. 部分脂肪壞死: 2-3%; 可能需清創手術
2. 傷口裂開: 2-3%; 需長期換藥，可能需清創手術
3. 部分皮瓣壞死: 1-2%; 可能需清創手術
4. 全部皮瓣壞死: 1-2%; 可能需清創手術
5. 腹部疝氣: < 1%; 可能須手術重建腹壁筋膜

(五)任何手術皆可能有感染與出血之併發症;接受皮瓣移植術者，有可能對血管吻合術中所注射之促進血液循環藥物過敏而危及生命。

(六)其他偶發病變或併發症。

五、替代處置方案：穿戴義乳

(一)優點：是可隨己意決定穿戴大小、不需承擔手術風險。

(二)缺點：需每天更替與穿戴，劇烈活動時有走位的可能，義乳表面物與皮膚摩擦易有濕疹，不穿衣服時仍有明顯乳房變形或缺損等等

六、未處置之風險：未選擇乳房重建手術並不會發生風險。

七、術後復原期可能出現的問題：

(一)最不舒服感約於術後 24-48 小時，爾後慢慢減少。

(二)術後 48 小時，請飲用液體食物如牛乳、果汁或湯。

(三)禁止抽菸，請勿聞到二手菸，因為尼古丁會造成血管收縮。

(四)重建的乳房會有點腫脹及輕微瘀血，於術後一星期開始消退。

(五)引流管一般於術後 1-2 週，若引流管內液體量大於每天 30C.C.，則需多引流幾天，只要每天記錄引流量及倒掉引流液即可。引流管可在門診時由醫師拔掉。

(六)傷口上有 3M 透氣膠布，通常不需要換藥，但有時皮膚會癢。接受腹部皮瓣手術者肚臍需擦藥膏，每天二次，肚臍上的線約術後三星期於門診拆線。

(七)術後一星期可以淋浴洗澡，若接受腹部皮瓣手術，術後二星期內走路最好彎腰，而且膝蓋彎曲，直到腰部不覺得緊緊的。睡覺時膝蓋可墊 2-3 個枕頭。

(七)患側肩關節，在術後 2 週內勿劇烈運動，尤其是"外展 90 度"及向身體夾緊。

(八)術後，紗布拿掉後，即可穿胸罩。

八、其他補充說明：

(一)若有下列情形，請於術前主動告知醫師：

1. 有血液凝血功能不良傾向
2. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病
3. 有疤痕增生體質
4. 正在使用阿斯匹靈、維他命 E、可邁丁(Warfarin)等影響血液凝固的藥物
5. 有吸菸、喝酒習慣
6. 有藥物過敏
7. 過去有接受手術

(二)有抽菸者，最好請先戒菸一個月，因抽菸會抑制血流到皮膚，影響傷口癒合。

(三)若有服用抗凝血藥物者，請先和您的內科醫師討論後，停藥 1-2 星期，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。

(四)每次手術費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。

(五)此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

九、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

☐ 我已瞭解上述說明，並同意乳房重建手術（請簽署乳房重建手術同意書）。

☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕乳房重建手術。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分

肉毒桿菌素注射劑處置同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____年_____月_____日

病人病歷號碼：_____

一、經_____醫師診察後，建議實施處置（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議處置原因：

2. 建議處置名稱：

3. 各項費用：_____（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」）

1. 說明醫師：

(1) 我已經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：

☐ 需實施處置之原因☐ 不實施處置可能之後果☐ 其他可替代之處置方式☐ 如另有處置相關說明資料，我並已交付病人☐ 已告知此處置非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

(2) 病人問題詢問與答復：

(1) _____

(2) _____

說明醫師簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

立同意書人簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

(註1)

(請立同意書人於說明醫師說明後簽署)

時間：_____時_____分

2. 執行醫師：

(1) 我已經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：

☐ 處置步驟、範圍、風險、成功率☐ 處置併發症及可能處理方式☐ 預期處置後，可能出現之暫時或永久症狀☐ 如另有處置相關說明資料，我並已交付病人

(2) 病人問題詢問與答復：

(1) _____

(2) _____

執行醫師簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解施行這個處置目的、步驟、風險、成功率之相關資訊。

2. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解選擇其他處置方式之風險。

3. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解處置可能預後情況。

4. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解此處置非屬急迫性質及充分時間考慮後決定施作此處置。

5. 針對我的情況、處置之進行、處置方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
6. 我瞭解這個治療無法保證一定能改善症狀。
7. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

◎基於上述聲明，及經本人充分考慮後，我 ☐同意 ☐不同意 進行此處置。

立同意書人簽名：_____，關係：病人之_____（詳如註1）

電話：（0）_____

住址：_____

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

- 註1.立同意書人應需由病人親自簽具，並於「與病人之關係欄」註明為本人；病人若未年滿20歲或不能親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具，並於「與病人之關係欄」註明與病人之關係。
- 註2.機構為病人實施侵入性檢查、治療或處置後，若須再度實施，除緊急情況外，應再度說明並簽具同意書，不得以同一療程等理由，僅簽署一次同意。



肉毒桿菌素注射劑處置說明（範本）

這份說明書是用來解說您即將接受美容醫學「肉毒桿菌素注射劑處置」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、復原期可能的問題以及未接受處置可能的後果，可做為您與醫師討論時的補充資料。我們希望您能充分瞭解此項處置的內容，經醫師說明後，請您經過充分時間考慮後，若您還有對這個醫療處置有任何疑問，請在簽署同意書前再與您的醫師充分討論，我們會很樂意為您解答。

一、肉毒桿菌素注射劑(Botulinum Toxin Type A) 處置原理說明：

肉毒桿菌素處置的原理是阻斷神經肌肉間的聯繫，達到放鬆肌肉以消除皺紋。

二、處置之目的與效益：

肉毒桿菌素注射劑依衛生福利部核准之仿單內容，主要用於治療成人中風後之手臂痙攣、眼瞼痙攣、半邊顏面痙攣、痙攣性斜頸、小兒腦性麻痺引起之肌肉痙攣、皺眉紋。

三、執行方法：

肉毒桿菌素製劑具有專一性，不同肉毒桿菌素不得交換使用，且須由注射訓練過的醫師使用。

四、處置效益：

醫師注射適當劑量於造成動態紋的肌肉部位，效果之快慢依肌肉大小與皺紋深淺而定。用於治療皺眉紋，臨床效果在注射後 48 小時逐漸產生。最大效果發生在 1 個月之後且可維持 3-7 個月。

五、可能併發症與發生機率及處理方法（沒有任何治療是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出）：

- (一)注射常見之副作用包括注射部位的浮腫及瘀血(11% to 25%)，有時可能會有眼皮下垂(5.4%)、眉毛下垂及頭痛(15.3%)等現象，這些副作用是短暫性，約 2 至 6 週恢復。
- (二)已有報告顯示肉毒桿菌素自注射部位擴散至遠端之不良事件發生，某些案例出現吞嚥困難、肺炎或顯著衰弱而導致死亡（非常罕見）。

六、未處置之風險：

本處置為基於外觀考量的醫療處置，並無未處置之風險。

七、術後復原期可能出現的問題：

- (一)注射後 4 小時內，應避免臉部按摩、頭部前傾、臥床睡覺及劇烈運動。
- (二)縮臉、國字臉（咬肌肥厚）治療術後，會自覺咀嚼咬硬的食物較無力或唾液分泌減少，但不影響日常進食及喝飲料。
- (三)若有眉毛下垂、上揚等現象或任何不適請就醫回診，這些現象大多於注射後 1 週內發生。

八、其他補充說明：

- (一)本項處置健保不給付，需以自費接受處置，處置發生之費用均以當次為限，如需再次處置時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。
- (二)此處置非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

九、參考文獻：

1. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. 2012.
2. Botulinum Toxin: Procedures in Cosmetic Dermatology Series. 3rd ed. 2012.
3. A Practical Guide to Botulinum Toxin Procedures (Cosmetic Procedures). 1st ed. 2011.
4. A. John Vartanian, Steven H. Dayan. Complications of botulinum toxin A use in facial rejuvenation. *Facial Plast Surg Clin N Am* 2005;13: 1– 10

十、病人、家屬問題：

(一) _____

(二) _____

(三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

☐ 我已瞭解上述說明，並同意肉毒桿菌素注射劑處置(請簽署肉毒桿菌素注射劑處置同意書)。

☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕肉毒桿菌素注射劑處置。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

皮膚科一般手術同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議手術名稱（部位）：

2. 建議手術原因：（有患側區別者，請加註部位）

3. 各項費用：（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
☐ 手術併發症及可能處理方式
☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
☒ 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

手術負責醫師簽名：_____

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☐ 同意 ☐ 不同意輸血。
 （醫療法第63條規定但如情況緊急，不在此限）
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：

關係：病人之_____

電話：(0) _____

住址：

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

時間：_____ 時 _____ 分

見證人簽名：

☐不需見證人，簽名：日期：____年____月____日
時間：____時____分

附註：

一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。

三、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。

四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。

五、未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。



皮膚科一般手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人的病情及接受「皮膚科一般手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能的問題以及未接受處置可能的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後，若病人仍有疑問，請在簽署同意書前再與醫師討論。

一、接受皮膚科門診手術之相關疾病診斷說明：藉由手術切開病灶處皮膚進行腫瘤切除或切片檢查。

二、手術目的與效益：

- (一) 切除腫瘤或病變組織。
- (二) 取得疑似病變之皮膚組織切片進行病理組織檢查，以做為後續治療之依據。

三、執行方法：

- (一) 醫師會先在手術部位做皮膚消毒並施行局部麻醉；切開病灶處皮膚後進行腫瘤切除或取得疑似病變之組織，再將傷口縫合。
- (二) 手術時間依病情而異，一般約需 20 至 60 分鐘。手術過程中需全程平躺，若有任何不適，請立即告知醫護人員。手術結束時護理人員會協助病人包紮傷口，並觀察有沒有出血現象。

四、可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)

- (一) 疼痛：因每個病患對疼痛感覺不同而異。一般疼痛程度為輕微且短暫的。
- (二) 瘀血或血腫：適當的壓迫穿刺傷口止血，瘀血或血腫發生率約在 2-3%。
- (三) 感染：感染發生率約 2-3 %。
- (四) 局部麻醉藥過敏、休克。
- (五) 蟹足腫。
- (六) 其他偶發之副作用及併發症。

五、成功率：此項檢查之成功率平均為____ %。

六、替代處置方案

- (一) 緩解皮膚下腫瘤病灶病痛：可用粗針抽吸引流囊腫性病灶，但易復發且對有實質性組織腫塊無效。
- (二) 確認病灶病理型態：唯有透過切除或切片方式才能取得組織病進行病理化驗。

七、未處置之風險：無法確認病灶之組織型態及病理診斷，無法正確建立的治療計畫。

八、術後復原期可能出現的問題：

- (一) 疼痛：因每個病患對疼痛敏感度不同而感覺各異。一般而言，疼痛程度為輕微且短暫的。
- (二) 瘀血或血腫：藉由確實的壓迫傷口，瘀血發生率小於 5%，血腫發生率小於 1%。

九、參考文獻：Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. 2012.

十、其他補充說明：

- (一) 每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。

(二) 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

十一、 病人、家屬問題：

- (一) _____
(二) _____
(三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

☐ 我已瞭解上述說明，並同意皮膚科一般手術 (請簽署皮膚科一般手術同意書)。

☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕皮膚科一般手術。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分



顏面部整形重建手術同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議手術名稱（部位）：

2. 建議手術原因：（有患側區別者，請加註部位）

3. 各項費用：（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
☐ 手術併發症及可能處理方式
☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
☒ 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

手術負責醫師簽名：_____

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

醫師專科別及
專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☐ 同意 ☐ 不同意輸血。
 （醫療法第63條規定但如情況緊急，不在此限）
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：_____ 關係：病人之 _____ 電話：(0) _____
 住址：_____ 日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
 時間：_____ 時 _____ 分

見證人簽名：

☐不需見證人，簽名：日期：____年____月____日
時間：____時____分

附註：

一、一般手術的風險

1. 除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。

三、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。

四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。

五、未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。



顱顏部整形重建手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人病情及接受「顱顏部整形重建手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能遇到的問題以及未接受處置可能出現的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後若仍有疑問，請在簽署同意書前與醫師討論。

一、接受顱顏部整形重建手術之病情說明：

本手術常用於治療下列齒顎異常：

- (一)下顎前突(俗稱戽斗)：下顎前突為臨床上最為常見之齒顎異常。嚴重者上下排前牙無法互相接觸，除了咬合不正外，對外觀與咬字清晰度等方面也會有影響。
- (二)雙顎前突(俗稱暴牙)：由於上下前牙突出，牙齒容易外露，上下嘴唇在放鬆時不能完全閉合，且微笑時牙齦露出太多，相對之下，下巴顯得小而後縮，病人常為避免牙齒外露而緊閉雙唇使表情顯得嚴肅。
- (三)上顎後縮：下顎前突常合併輕微的上顎後縮，單純且嚴重的上顎後縮者則多見於顎裂病人及某些先天顱顏畸形病人，主要原因為上顎發育較差。病人咬合狀況會與下顎前突相似，外觀上鼻側的凹陷會比較明顯。
- (四)下顎後縮：下顎後縮常見於雙顎前突的病人；外觀上下巴會顯得小而短，且整體臉形較短。下顎後縮常合併有前牙開咬的情形，通常上下顎都必需手術才能重建正常的臉形。部分病人會合併有顱顎關節的問題，嚴重者可能伴隨呼吸道狹窄且合併打呼甚至阻塞性睡眠呼吸中止症。
- (五)上下顎歪斜：因上下顎骨兩邊生長發育不一致，使顏面骨骼及牙齒中線偏至生長較少的一邊，進而對臉部輪廓、對稱性及咬合面。

二、治療目的：

矯正上下顎相對位置，最常見於治療因骨骼異常，無法單靠矯正牙齒來改善的咬合問題，藉由顱顏部整形重建手術把骨骼及牙齒一起移動至最理想位置。

三、執行方法：

以下各術式可單獨或合併施行。在病人與齒顎矯正醫師，顱顏外科醫師討論達成共識後，由齒顎矯正醫師擬定手術計劃，顱顏外科醫師再施行手術。

(一)為了改變上下顎的相對位置，視情況須單獨或同時將上下顎骨鋸開，調整至適當位置後再重新固定。顱顏部整形重建手術的常見術式種類有：

1. 下顎骨矢狀劈開術(BSSO 術式)：將下顎骨的垂直枝做矢狀切開，重新調整位置，再以迷你鈦金屬釘固定；可將移(轉)動下顎，調整咬合及臉型。
2. 勒福氏第一形上顎切骨手術(LeFort I 術式)：將上顎骨延水平方向切開，重新調整位置後以迷你鈦金屬釘固定；藉移動上顎，改變臉部長度及牙齒位置。
3. 上顎前部切骨手術(Wassmund 術式)：是上顎骨前端的切骨術，通常需拔掉上顎第一小白齒，再磨掉齒縫間骨頭與上顎骨頭，將前排牙齒往後方退。
4. 下顎前部切骨手術 (Kole 術式)：是下顎骨前端的切骨術，和上述 Wassmund 術式類似，可能需拔下顎第一小白齒，將前排牙齒往後退。
5. 下巴切骨整形術(Osseous Genioplasty)：上下顎位置經過調整後，下巴的位置也會隨之改變，可藉下巴切骨術調整下巴的前後位置及長短比例。

(二)拔牙：一般而言，顱顏部整形重建手術過程中可能會拔除小白齒或是智齒。

1. 需拔除前白齒的情況：通常是為了配合上顎前部切骨手術(Wassmund 術式)和下顎前部切骨手術 (Kole 術式)。因為前白齒是介於前牙(門齒、犬齒)和後牙(白齒)之間過度型的牙齒，因此拔除小白齒不會影響到咀嚼功能。

2. 需拔除智齒的情況：不論手術與否，將近六、七成以上的人會因智齒空間不夠或齒位不正需拔除智齒。為避免智齒與手術互相干擾(如：金屬骨釘釘入智齒或智齒在術後陷入骨中無法拔除等情況)會將智齒拔除。術中同時拔除智齒可減少患者接受麻醉及手術的次數。

四、處置效益：

可改善因先天、外傷或骨骼發育而導致的上下顎骨凸出、後縮或歪斜合併暴牙、戽斗等咬合不良問題。同時因重建手術把骨骼及牙齒一起移動至最理想的位置，連帶唇、舌、及顏面相對位置、比例及對稱性也趨於正常，所以齒顎及口咽的相關功能都可能得到改善，而臉型也會明顯改善。重建手術也可用於較嚴重之阻塞性睡眠呼吸中止症者，改善因口咽部呼吸道狹窄所引起之睡眠呼吸障礙。

五、顱顏部整形重建手術可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：

(一)全身麻醉的風險：

1. 常用的麻醉風險分類標準是「美國麻醉醫師學會」建議的身體狀況分類等級為基準。依2001年定義，第一級(正常健康病人)開刀期間死亡率約0.08%。
2. 因重建手術時間長，且為減少術中失血量，常採取低血壓麻醉方式，麻醉困難度高。為降低全身麻醉時不可預期的風險，病人於術前皆須安排麻醉訪視，由麻醉科醫師親自評估身體狀況並作風險等級分類。患者有任何全身性疾病或功能障礙均需於術前告知醫師。

(二)術中失血：因頭頸部構造血液循環豐富，重建手術可能造成失血。術中失血量(視部位及方式皆不同)一般約為數百毫升，亦可能超過一千毫升以上。除採取低血壓麻醉方式減少術中失血，可考慮術前預先捐血，於術中視情況自體輸血。

(三)下齒槽神經受傷：

1. 因該神經位於下顎骨矢狀劈開術進行處，無法完全避免神經受傷的可能性。若術中見下齒槽神經斷裂且有機會修復，可採用顯微手術縫合神經。
2. 依本機構臨床追蹤，__%的病人於術後有下齒槽神經麻痺症狀，其中__%於6個月內會完全恢復，其餘繼續恢復，有可能是完全無法恢復。下齒槽神經負責下唇、下臉部及下排牙齒的感覺，功能受損會導致此部位覺遲鈍或全無知覺，但對顏面外觀及表情不會造成影響。

(四)預期外骨折(發生率約1%)：

1. 上下顎骨切開時須盡量遠離神經、牙根等構造，但因個體間解剖構造及骨骼本質的差異，有時上下顎骨會由不尋常的位置斷裂，稱之「預期外骨折」。
2. 若預期外骨折完全不影響手術或可用骨釘完全固定，則手術可按原計畫執行；若骨折無法修復且對手術造成影響(發生率千分之一以下)，術後須以鋼絲將上下顎固定，故術後4至6周將無法張口，僅能食用完全流質，且需延遲氣管插管移除時間至手術後1至2天。利用骨釘固定預期外骨折時可能需在臉頰留下傷口，一般皆在1公分以下。

(五)顏面神經受傷(發生率千分之一以下)：據文獻記載可發生於接受下顎骨矢狀劈開術的病人。暫時性面神經麻痺在3個月內會慢慢復元；若是永久面神經受傷，經半年至1年仍遺留顏面神經麻痺致表情變形，則可能需要其他手術來治療。

(六)視神經受傷(發生率五千分之一以下)：據文獻記載可發生於接受勒佛氏上顎切骨術的病人者。暫時性的視神經受損會在6個月內會慢慢恢復部分視力。若是永久視神經受傷則會導致失明。

(七)骨骼缺血壞死：因骨骼切開時血液循環受損所致(發生率五千分之一以下)。若骨頭有壞死跡象且仍有保留機會，可能需住院以藥物或高壓氧治療。若已確定壞死則需要手術取出死骨並考慮後續重建。

(八)牙齒斷裂、鬆動、牙根受損、固定式假牙或牙齒矯正器脫落：因重建手術於口腔內進行，過程中可能造成牙齒及附屬物受損或鬆脫，無法完全避免；但手術醫師會儘量減少牙齒傷害，並避

免脫落之異物殘留於傷口內。

(九)術後殘留顏面不對稱或中線偏移：發生機率視個人症狀不同而異，但多發生於上下顎歪斜原本即不對稱者。某些案例因骨骼形狀及位置左右不對稱，當上下牙齒對齊後臉部左右輪廓的差異會更明顯；此時需要在牙齒中線與臉部輪廓對稱間取得平衡，以兼顧功能與外觀⁷。許多看似單純的暴牙或戽斗患者皆合併有輕微的顏面不對稱，術後可能更為明顯。手術當中因為插管、組織腫脹等因素可能影響中線及對稱性的判斷，且全身麻醉當中肌肉完全放鬆，顫顎關節的位置可能與術後不同，造成術後臉型與術中判斷有所不同。

六、成功率：

本機構顫顏部整形重建手術成功率約為____%以上，但仍有部分患者因術後骨骼歪斜或牙齒矯正無法完成，需接受再次手術以達到理想咬合及外觀。

七、替代處置方案：

- (一)齒列矯正：單純的齒列矯正能改變牙齒及其周圍的齒槽骨的位置，但能夠改變的骨頭範圍僅限於牙根的上下，不適用於嚴重的咬合不良，亦無法改變歪斜的咬合面，且對顏面外觀的改變的效益較小。
- (二)削骨手術：適用於改善臉部輪廓但不會改變咬合，可改善如國字臉、顴骨突出等骨骼問題。
- (三)人工骨植入：少數情況下(如單純上顎或下顎後縮但無明顯咬合異常者)，可利用人工骨植入達到類似移動骨骼的效果。

八、未處置之風險：

顫顏部整形重建手術主要目的在改善咬合及外觀，而非為治療疾病不得不進行之處置，患者應審慎評估其風險及效益以決定是否接受治療。大多數醫師建議需接受顫顏部整形重建手術的患者，替代的處置方案並無法達到預期的效果。因阻塞性睡眠呼吸中止症被認定需接受顫顏部整形重建手術者，其睡眠呼吸障礙可能造成精神不濟、注意力低落，嚴重者可能影響工作表現甚至人身安全。

九、術後復原期可能出現的問題：

- (一)若有傷口明顯出血疼痛、腫脹、發燒、胸悶胸痛、喘、心悸、頭暈、休克請立即通知醫療團隊診視。
- (二)第一次下床時，務必有人在旁陪伴。
- (三)顫顏部整形重建手術主要傷口位於口內，術後請依據護理人員指示清潔口腔以免傷口感染。
- (四)術後4至6周內僅能吞食不可咀嚼，在骨骼完全癒合前應避免上下顎受力而位移
- (五)受顫顏部整形重建手術之部分患者,可能發生以下之副作用及併發症：
 1. 臉部腫脹：一般在術後第2至3天最為明顯，1週後就會顯著的改善。術後冰敷臉頰及床頭墊高都可以減少腫脹的程度。完全消腫通常需要三個月左右。
 2. 術後出血與傷口血腫：若腫脹在短時間內持續增加，可能是術後傷口出血，冰敷及傷口適度加壓可減少出血機會。如持續出血不止，可能需再進行手術止血；若血紅素過低可能需接受輸血。少數患者在術後幾周後才出現血腫。
 3. 骨頭癒合不良:骨頭的癒合需要良好的固定，若有感染或鬆動都會導致骨頭癒合不良。所以手術後要避免劇烈活動、外力撞擊與傷口感染的發生。如果術後追蹤發現骨頭癒合不良，可能需要手術重新固定骨頭兩端。
 4. 傷口感染:因手術切口都在口腔內，屬於清潔污染傷口。依美國疾病管制局報告，仍有小於10%的傷口感染率。術後保持口腔衛生、正確的照顧傷口、規律的生活作息、避免不良的生活習慣，都可以降低感染的機會。術後感染的處理，一般需要門診追蹤、服用抗生素。部分情況可能需要抽除蓄膿或是切開引流。少數情況需要住院施打抗生素或是手術清創。

5. 嘴唇及口腔周圍皮膚擦傷:因大部分的手術過程都在口內進行，器械進出時可能對周圍皮膚造成表淺的損傷，一般會在1至2週內癒合，通常不會留下疤痕。
6. 下唇及下巴皮膚感覺遲鈍、牙齦麻木：在手術過程中因為震動及拉扯，即使下齒槽神經沒有損傷，仍有可能產生暫時的麻痺，致術後牙齦麻木、下唇及下巴的皮膚感覺遲鈍。一般在3個月到半年左右會恢復。如果無法完全恢復，一般人在1至2年會適應。
7. 臉頰皮膚感覺遲鈍：在進行上顎骨手術時非常靠近下眼眶骨神經，可能使神經暫時麻痺，影響到臉部感覺，一般都會完全恢復。
8. 口齒不清：顱顏部整形重建手術會移動上下顎骨的位置，使舌頭與牙齒相對關係由不正常轉為正常。因為講話方式需重新調整，再加上部分牙齦感覺的異常，可能造成術後口齒不清，通常適應後口齒清晰度可較術前改善。
9. 骨釘骨鈹外露：因傷口感染或癒合不良導致骨內固定器外露，需手術將移除。
10. 臉部軟組織下垂：當骨頭切除或是內縮後，對於脸部組織的支撐力也會減少，因而產生脸部組織下垂的情形；可能發生於年紀較大、骨骼位置改變較多或皮膚彈性不足的患者，可能需要進一步的整形如脂肪移植等治療來改善。
11. 臉型改變伴隨心理及社會適應的問題：顱顏部整形重建手術會造成臉型明顯的改變；親友若無法馬上習慣及認同新的臉型，可能對患者帶來心理壓力及社會適應的問題。年紀越大，進入社會越久，人際關係越廣的人，這個問題會更嚴重。所以在手術前與醫師充分的討論、跟家人良好的溝通，做好心理準備及建設，才能減少不必要的困擾。
12. 講話鼻音過重：可能會發生在顎裂的病人身上。這樣的患者在接受上顎前移手術後，因為軟顎與咽喉間距離加大，加上原本肌肉力量不足，可能產生顎咽閉鎖不全，造成鼻音過重的情形。有些人會逐漸恢復，部分需要語言評估及治療，嚴重者可能需要手術治療。
13. 牙齦萎縮、牙齒變色及其他口腔病變：少數患者術後出現牙齒及周圍構造異常，其原因尚未明瞭亦無法預防，是否因重建手術直接造成亦無法證實。
14. 顱顎關節症狀：常發生於下顎嚴重後縮之病患，因為要將下顎儘量前移，必需以下顎骨踝狀突作為支撐，長期下來可能造成顱顎關節不適或骨骼吸收。
15. 復發:指的是骨骼位置改變後，可能因骨癒合前骨釘鬆動、骨骼本身形變、周圍肌肉及軟組織的作用等因素，造成骨骼有逐漸回復原本位置的傾向。

十、其他補充說明：

- (一)因為上下顎骨移動後牙齒的相對位置也隨之改變，手術前後還需齒列矯正，所以手術的施行必須與矯正牙科醫師密切合作，確保手術能將咬合精確調整至預期的位置，並同時兼顧臉型的美觀。
- (二)若病人是為了改善咬合或是臉形外觀而接受手術，目前顱顏部整形重建手術不在全民健康保險的涵蓋範圍內，所以手術的費用全數由患者自行負擔。若病人是因為先天疾患、唇顎裂、外傷等造成上下顎骨的畸形或發育不良且符合健保局規定，全民健保可幫您分擔部分的治療費用。
- (三)手術過程中視病情需要，可能需要使用自費醫材，手術醫師在向家屬解釋狀況並建議使用適合醫材，在家屬同意下簽立自費同意書。每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。
- (四)此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

十一、參考文獻：

1. R.Bendor-Samuel, Y.R.Chen, and P.K.Chen, 'Unusual Complications of the Le Fort I Osteotomy', Plast Reconstr Surg, 96(1995), 1289-96; discussion 97.
2. B.K.Choi, R.C.Goh, P.K.Chen, D.C.Chuang, L.J.Lo, and Y.R.Chen, 'Facial Nerve Palsy after Sagittal Split

Ramus Osteotomy of the Mandible: Mechanism and Outcomes', J Oral Maxillofac Surg, 68(2010), 1615-21.

3. A.A.Cruz, and A.C.dos Santos, 'Blindness after Le Fort I Osteotomy: A Possible Complication Associated with Pterygomaxillary Separation', J Craniomaxillofac Surg, 34 (2006), 210-6.
4. G.H.de Villa, C.S.Huang, P.K.Chen, and Y.R.Chen, 'Bilateral sagittal Split Osteotomy for Correction of Mandibular Prognathism: Long-Term Results', J Oral Maxillofac Surg, 63(2005), 1584-92.
5. J.A.Girotto, J.Davidson, M.Wheatly, R.Redett, T.Muehlberger, B.Robertson, J. Zinreich, N.Iliff, N.Miller, and P.N.Manson, 'Blindness as a Complication of Le Fort Osteotomies: Role of Atypical Fracture Patterns and Distortion of the Optic Canal', Plast Reconstr Surg, 102(1998), 1409-21; discussion 22-3.
6. C.S.Huang, G.H.de Villa, E.J.Liou, and Y.R.Chen, 'Mandibular Remodeling after Bilateral Sagittal Split Osteotomy for Prognathism of the Mandible', J Oral Maxillofac Surg, 64 (2006), 167-72.
7. E.W.Ko, C.S.Huang, and Y.R.Chen, 'Characteristics and Corrective Outcome of Face Asymmetry by Orthognathic Surgery', J Oral Maxillofac Surg, 67(2009)
8. J.P.Lai, C.H.Hsieh, Y.R.Chen, and C.C.Liang, 'Unusual Late Vascular Complications of Sagittal Split Osteotomy of the Mandibular Ramus', J Craniofac Surg, 16 (2005), 664-8.
9. L.W.Lee, S.H.Chen, C.C.Yu, L.J.Lo, S.R.Lee, and Y.R.Chen, 'Stigma, Body Image, and Quality of Life in Women Seeking Orthognathic Surgery', Plast Reconstr Surg, 120 (2007), 225-31.
10. L.J.Lo, K.F.Hung, and Y.R.Chen, 'Blindness as a Complication of Le Fort I Osteotomy for Maxillary Distraction', Plast Reconstr Surg, 109 (2002), 688-98; discussion 99-700.
11. W.D.Owens, 'American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System in Not a Risk Classification System', Anesthesiology,

十二、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

- ☐ 我已瞭解上述說明，並同意顱顏部整形重建手術（請簽署顱顏部整形重建手術同意書）。
- ☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕顱顏部整形重建手術。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分

鼻部整形手術同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____ 年_____ 月_____ 日
 病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議手術名稱（部位）：

2. 建議手術原因：（有患側區別者，請加註部位）

3. 各項費用：（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
☐ 手術併發症及可能處理方式
☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
☒ 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
☐ 如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

手術負責醫師簽名：_____

日期：_____ 年_____ 月_____ 日
 時間：_____ 時_____ 分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我 ☐ 同意 ☐ 不同意輸血。
 （醫療法第63 條規定但如情況緊急，不在此限）
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：

關係：病人之_____

電話：（0 ）_____

住址：

日期：_____ 年_____ 月_____ 日

時間：_____ 時_____ 分

見證人簽名：

☐不需見證人，簽名：日期：____年____月____日
時間：____時____分

附註：

一、一般手術的風險

- 1.除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
- 2.除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
- 3.因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
- 4.**鼻部手術有失明與中風之危險。**
- 5.醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。

三、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。

四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。

五、未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。



鼻部整形手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人的病情及接受「鼻部整形手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能遇到的問題以及未接受處置可能出現的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後若仍有疑問，請在簽署同意書前再與醫師討論。

一、病情說明：鼻部因外傷、先天性問題、腫瘤導致鼻部美觀或是功能產生問題及病變。

二、手術目的：

利用鼻部整形手術方式得以矯正或改善上述問題所導致的鼻部功能性及美觀性的問題及病變。

三、手術方法：

可利用開放式鼻整形或是閉鎖性鼻整形法進行手術。將有問題的鼻部解剖構造如鼻軟骨、鼻骨、鼻中隔做調整。有時須伴隨自體材料的移植(如耳軟骨、鼻中隔軟骨、肋骨、筋膜、脂肪等)或是利用人工的材料進行鼻部整形重建手術。若有下列情形，請於術前主動告知醫師：1.有血液凝血功能不良傾向。2.有疤痕增生體質。3.有藥物過敏。4.有吸菸、喝酒習慣。5.過去曾接受手術。6.正在使用阿斯匹靈、維他命E、可邁丁(Warfarin)等影響血液凝固的藥物。7.有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病。

四、處置的好處：

能夠改善因鼻部因外傷、先天性問題、腫瘤導致鼻部美觀或是功能產生問題及病變。

五、併發症及後遺症發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：

- (一)局部出血、瘀青、血腫或術後再出血，須持續壓迫止血或行清創手術移除血腫
- (二)傷口感染，須持續抗生素治療或行清創手術。也有可能須將植入物完全移除
- (三)肥厚性的疤痕並不常見，鼻部疤痕可能會不雅觀並和周圍的皮膚有不同的顏色，為了治療不正常的疤痕，可能需要其他的療法，包括外科手術在內。
- (四)傷口癒合的時間較長：傷口裂出或癒合時間較長都有可能，極少數病患有鼻尖端皮膚潰爛壞死之可能，這可能需經常更換傷口敷料或進一步手術移除壞死組織。吸菸會明顯增加皮膚壞死和傷口癒合問題併發症的機會。
- (五)過敏反應：有極少數的病例報告有對膠帶、縫線、消毒藥水的局部過敏情況發生，比較嚴重的全身性過敏反應可能會在手術中或服藥時因藥物而產生，過敏反應需要額外的處置治療。
- (六)植入物異物反應、鬆移、歪斜、脫出、甚至感染，有時需移除植入物
- (七)如有取耳軟骨病患。有耳朵變形、出血、傷口癒合不良及感染之可能性，有時須手術處理。
- (八)鼻部手術有失明與中風的罕見風險，如有視力模糊、口齒不清或半邊臉部麻痺等症狀產生，請立即詢問您的主治醫師並立即就醫。
- (九)醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。

六、替代處置方案：

可採用非手術侵入性方式，如填充物注射等(仍有傷口感染、皮膚壞死、異物反應、失明、中風等問題)。

七、未處置之風險：無，只是持續有鼻部外觀及功能上問題。

八、術後復原期可能發生的問題：

- (一)手術部位局部瘀青及水腫將於術後1至2週改善。
- (二)鼻頭水腫為淋巴回流不良所引起，約術後1至2個月慢慢改善。
- (三)因鼻黏膜水腫造成的鼻塞，於1至2週內會改善。
- (四)局部皮膚感覺異常，因感覺神經受損，將於術後3至6個月慢慢自動恢復。

(五)少數病患術後頭痛、失眠或睡眠不良的情況，於數週內改善。

九、其他補充說明：

- (一)每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。
- (二)此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。
- (三)有抽菸者，最好請先戒菸一個月，因抽菸會抑制血流到皮膚，影響傷口癒合。
- (四)若有服用抗凝血藥物者，請與內科醫師討論後，停藥 1-2 週，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。

十、參考文獻：

1. Toriumi DM, Pero CD. Asian rhinoplasty. Clin Plast Surg. 2010;37:335-352.
2. Bateman N, Jones NS. Retrospective review of augmentation rhinoplasties using autologous cartilage grafts. J Laryngol Otol. 2000;114:514-518.
3. Yilmaz M, Vayvada H, Menderes A, Mola F, Atabey A. Dorsal nasal augmentation with rib cartilage graft: Long-term results and patient satisfaction. J Craniofac Surg. 2007;18:1457-1462.
4. Won TB, Jin HR. Revision rhinoplasty in Asians. Ann Plast Surg. 2010;65:379-384.
5. Kridel RW, Ashoori F, Liu ES, Hart CG. Long-term use and follow-up of irradiated homologous costal cartilage grafts in the nose. Arch Facial Plast Surg. 2009;11:378-394.
6. Adams WP Jr, Rohrich RJ, Gunter JP, Clark CP, Robinson JB Jr. The rate of warping in irradiated and nonirradiated homograft rib cartilage: A controlled comparison and clinical implications. Plast Reconstr Surg. 1999;103:265-270.
7. H.R. Jin, J.Y. Lee, J.Y. Yeon et al. A multicenter evaluation of the safety of Gore-Tex as an implant in Asian rhinoplasty Am J Rhinol, 20 (6) (2006),pp. 615-619
8. Ghavami A, Janis JE, Acikel C, Rohrich RJ. Tip shaping in primary rhinoplasty: An algorithmic approach. Plast Reconstr Surg.. 2008;122:1229-1241
9. Mojallal A, Saint-Cyr M, Brown SA, Rohrich RJ. Dorsal aesthetic lines in rhinoplasty: A quantitative outcome-based assessment of the component dorsal reduction technique (Abstract). Plast Reconstr Surg.. 2009;124(Suppl. 4S):75
10. Mao GY, Yang SL, Zheng JH, Liu QY. Aesthetic rhinoplasty of the Asian nasal tip: A brief review. Aesthetic Plast Surg. 2008;32:632-637.

十一、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

- ☐ 我已瞭解上述說明，並同意鼻部整形手術（請簽署鼻部整形手術同意書）。
- ☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕鼻部整形手術。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分

植髮手術同意書（範本）

一式二聯

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____年_____月_____日

病人病歷號碼：_____ 手術負責醫師姓名：_____

一、擬實施之手術（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1.建議手術名稱（部位）：

2.建議手術原因：

（有患側區別者，請加註部位）

3.各項費用：

（單位：新臺幣元）

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」，無告知項目打「X」）

1.我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

☐需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性☐手術併發症及可能處理方式☐不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式☐預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀☐此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行手術，應經充分時間考慮後再決定施作與否。☐如另有手術相關說明資料，我並已交付病人

2.我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

手術負責醫師簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。

2.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。

3.醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。

4.我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我☐同意☐不同意輸血。

（醫療法第63條規定但如情況緊急，不在此限）

5.針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

6.我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。

7.我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。

8.醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人簽名：_____

關係：病人之_____

電話：（0）_____

住址：_____

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

見證人簽名：_____

☐不需見證人，簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

附註：_____

一、一般手術的風險

- 1.除局部麻醉以外之手術，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素和呼吸治療。
 - 2.除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
 - 3.因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
 - 4.醫療機構與醫事人員會盡力為病人進行治療和手術，但是手術並非必然成功，仍可能發生意外，甚至因而造成死亡。
- 二、立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十三條第二項規定之人員簽具〈民法規定：年滿20歲為成年人〉。
- 三、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。
- 四、見證人部分，如無見證人得免填載，但請勾選“不需見證人”並簽名。
- 五、**未滿十八歲之未成年人施作非醫療必要之美容手術，為醫師法第二十八條之四第一款規定不得執行之醫療行為。**



植髮手術說明（範本）

這份說明書是向您解說您的病情、即將接受的植髮手術的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能遇到的問題以及未接受處置可能出現的後果，可做為您與醫師討論時的補充資料。我們希望您能充分瞭解此項處置的內容，經醫師說明後如果您還有對這個醫療處置有任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，我們會很樂意為您解答。

一、病情說明：髮量不足可能是先天遺傳或後天外傷或其他因素所導致。

二、手術目的：改善髮量及外觀。

三、手術方法：植髮手術是利用外科手術擷取髮量較多區域的頭皮及毛囊，經過切割及植入髮株，來改善髮量。

四、處置的好處：增加美觀，外表較為年輕。

五、併發症及後遺症發生機率及處理方法

每項外科手術都有個別的危險性，所以瞭解植髮手術可能的危險性是很重要的。每個人選擇外科手術的原因是在權衡手術的危險性及益處的結果，雖然大部分的患者都沒有經歷過以下的併發症，受術者仍應該和整形外科醫師討論各項可能發生的危險性，確定受術者已完全瞭解各種植髮手術的後果。

(一)藥物引起的噁心／嘔吐。

(二)出血(低於5%)。

(三)感染(低於1%)。

(四)頭皮過度腫脹。

(五)暫時性頭痛。

(六)頭皮短暫性麻痺感。

(七)種植的毛髮生長力差。

(八)昏厥(低於1%)或頭暈現象。

(九)因植髮造成的囊腫(低於10%)。

(十)後腦取髮處有較寬較明顯的疤痕。

(十一)瘀青。

(十二)其餘較罕見的併發症：如蟹足腫、全部種植的毛髮無法生長、持續性疼痛、頭皮持久性麻痺感、種植的毛髮全部脫落、過敏或藥物引起的反應等。

六、替代處置方案：戴假髮。

七、未處置之風險：無，只是外觀的問題。

八、術後復原期可能發生的問題：

(一)血腫：術後請勿低頭或用力做事，以免血壓上升或充血而引發血腫。

(二)傷口癒合不良：勿食辛辣、酒等刺激性食物，勿抽菸或吸二手菸，生活作息盡量正常，以免傷口癒合不好。傷口須按時換藥照護。

(三)疤痕：傷口癒合後的疤痕為粉紅色的。移植部位的頭髮只需2.5公分以上便能蓋住疤痕。

(四)由醫師安排回診拆線時間，如傷口有大量出血、嚴重疼痛、局部發炎或身體不適，請儘速到醫院就醫。



- (五) 未來會落髮的數量和位置是無法預測的，頭髮移植效果也許無法維持一輩子，但植入的毛髮通常能持續很久的時間，一般而言，手術後的頭髮在未來一至十年很少有脫落的現象。
- (六) 當後腦部位移植或被移植的頭皮周圍，有可能產生一些臨時(短暫)脫髮現象，為手術引起的休止期掉髮，通常3-6個月會再長回來。

九、其他補充說明：

(一) 若有下列情形，請主動告知您的醫師：

1. 有血液凝血功能不良傾向
2. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病
3. 有疤痕增生體質
4. 正在使用阿斯匹靈、維他命E、可邁丁(Warfarin)等影響血液凝固的藥物
5. 有吸菸、喝酒習慣
6. 有藥物過敏
7. 過去有接受手術

(二) 有抽菸者，最好請先戒菸一個月，因抽菸會抑制血流到皮膚，影響傷口癒合。

(三) 若有服用抗凝血藥物者，請先和您的內科醫師討論後，停藥一~二個星期，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。

(四) 每次手術發生之費用，均以當次手術為限，如須再次手術或後續治療時，費用將另行採計。各項費用之收費項目及金額，均已明確告知。

(五) 此手術非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

十、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

病人(或家屬/法定代理人)：_____ (簽章)

☐ 我已瞭解上述說明，並同意植髮手術(請簽署植髮手術同意書)。

☐ 我已瞭解上述說明，並拒絕植髮手術。

與病人之關係：_____ (請務必填寫)

解釋醫師：_____ (簽章)

醫師專科別及

專科證書字號：_____

西元 年 月 日 時 分