**乳房重建手術同意書（範本）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病人姓名： 病人出生日期： 年 月 日  一式二聯  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： 　　　　　　 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   1. 一般手術的風險 2. 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。 3. 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。 4. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。 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。 6. 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〉。 7. **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。** 8. 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。   1. **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。   1. **目的與效益：** 2. 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。 3. 延遲性乳房重建，可使原本較緊的胸部皮膚得到改善。 4. **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 食盬水袋** | | **局部闊背肌皮瓣(Pedicle 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(Pedicle 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)**  **＊下臀動脈穿通枝皮瓣(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，利用臀部皮瓣脂肪重建** | 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%** |  1. **可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在此限)：**   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。   1. 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 2. 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 3. 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 4. 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 5. 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。 6. 其他偶發病變或併發症。 7. **替代處置方案：穿戴義乳** 8. 優點：是可隨己意決定穿戴大小、不需承擔手術風險。 9. 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 10. **未處置之風險：**未選擇乳房重建手術並不會發生風險。 11. **術後復原期可能出現的問題：**     1. 最不舒服感約於術後24- 48小時，爾後慢慢減少。     2. 術後48小時，請飲用液體食物如牛乳、果汁或湯。     3. 禁止抽菸，請勿聞到二手菸，因為尼古丁會造成血管收縮。     4. 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。     5. 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。     6. 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折線。     7. 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。 12. 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。 13. 術後，紗布拿掉後，即可穿胸罩。 14. **其他補充說明：**     1. 若有下列情形，請於術前主動告知醫師：     2. 有血液凝血功能不良傾向     3. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病     4. 有疤痕增生體質     5. 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     6. 有吸菸、喝酒習慣     7. 有藥物過敏     8. 過去有接受手術     9. 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。     10. 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。     11. 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。     12. 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。 15. **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 |