**腹部整形手術同意書（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。 9. 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   1. **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。   1. **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。   1. **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。   1. **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)。   1. **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)：** 2. 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。 3. 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。 4. 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。 5. 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。 6. 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。 7. 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。 8. 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。 9. 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。 10. 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 11. 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。 12. **術後復原期可能發生的問題：** 13. 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。 14. 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。 15. 血腫及皮下組織液蓄積，ㄧ般會自行吸收，若量多或感染則需引流。 16. 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。 17. **其他補充說明：** 18. 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。 19. 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。 20. **參考文獻：** 21. http://en.wikipedia.org/wiki/Abdominoplast 22. 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 23. Abdominoplasty and Abdominal Contour Surgery:A National Plastic Surgery Survey.Plastic&Reconstructive Surgery:January2007-Volume119-Issue1 p426-427 24. **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 |