**上下眼瞼整形手術同意書（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。 |

**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。   1. **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。   1. **手術目的：**改善眼瞼外觀。 2. **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。 8. **處置的好處：**改善眼瞼外觀。 9. **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)：** 10. 血腫或手術後再出血。 11. 傷口感染、疤痕增生肥厚或攣縮。 12. 眼睛異物感或流淚。 13. 縫線鬆移、脫出、甚至雙眼皮不明顯或消失之現象 14. 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。 15. 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 16. 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) 17. 其他偶發病變及併發症。 18. **術後復原期可能發生的問題：** 19. 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。 20. 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。 21. 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。 22. 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。 23. 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。 24. **其他補充說明：** 25. 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。 26. 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。 27. 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。 28. 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。 29. **參考文獻：** 30. 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. 31. Hayworth RS, Lisman RD, Muchnick RS, Smith B. Diplopia following blepharoplasty. Ann Ophthalmol. 1984;16:448-451 32. **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 |