**狐臭治療手術同意書（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。 |

**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。   1. **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。 2. **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。 3. **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： 4. 有血液凝血功能不良傾向。 5. 有疤痕增生體質。 6. 有藥物過敏。 7. 有吸菸、喝酒習慣。 8. 過去曾接受手術。 9. 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。 10. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病。 11. **手術效益：**減少異味。 12. **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)：**     1. 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。     2. 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。     3. 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。     4. 其他偶發病變及併發症。 13. **成功率：**若無傷口感染或血腫，一般手術成功率約\_\_\_\_%。 14. **術後復原期可能發生的問題：**     1. 不穩定皮膚容易形成水泡或形成疤痕攣縮肥厚。     2. 腋下皮下頂漿腺手術術後傷口處理原則: 15. 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。 16. 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。 17. 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。 18. **其他補充說明：**     1. 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     2. 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。     3. 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。     4. 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。 19. **參考文獻（若有參考文獻，請填寫）：** 20. Treatment for Axillary Osmidrosis with Suction-Assisted Cartilage Shaver British Journal of Plastic Surgery 2005 58:223-7 21. Bromhidrosis Treatment & Management,http://emedicine.medscape.com/article/1072342-treatment#showall。 22. **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 |