**一般整形手術同意書（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。 |

**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。   1. **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 2. **手術目的：**利用整形手術方式得以矯正或改善上述問題 3. **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。   1. **處置的好處：**能夠改善或矯正身體各部位之美觀問題 2. **併發症及後遺症發生機率及處理方法：** 3. 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。 4. 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。 5. 傷口感染，須持續抗生素治療或是行清創手術。 6. 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。 7. 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。 8. 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。 9. 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。 10. **替代處置方案：**可採用非侵入性之方式 11. **術後復原期可能發生的問題：** 12. 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。 13. 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。 14. **其他補充說明：** 15. 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。 16. 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。 17. 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。 18. 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。 19. 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。 20. **參考文獻：** 21. 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. 22. Toriumi DM, Pero CD. Asian rhinoplasty. Clin Plast Surg. 2010;37:335-352. 23. Datubo-Brown DD. Keloids: A review of the literature. Br J Plast Surg. 1990;43:70-77. 24. Fearmonti R, Bond J, Erdmann D, Levinson H. A review of scar scales and scar measuring devices. J Plast Surg. 2010;10:354-363. 25. Bisbal, J., del Cacho, C., and Casalots, J. Surgical treatment of axillary hyperhidrosis. Ann. Plast. Surg. 18: 429, 1987. 26. Clark CP. Blepharoplasty and browlift. Selected Read Plast Surg. 2001;9:1. 27. Pacella SJ, Nahai FR, Nahai F. Transconjunctival blepharoplasty for upper and lower eyelids. Plast Reconstr Surg. 2010;125:384-392. 28. 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. 29. 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. 30. von Soest T, Kvalem IL, Skolleborg KC, Roald HE. Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. Plast Reconstr Surg. 2006;117:51-62; discussion 63-64. 31. Alsarraf R. Outcomes research in facial plastic surgery: A review and new directions. Aesthetic Plast Surg. 2000;24:192-197. 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 |