

狐臭治療手術同意書

病人姓名：_____ 病人出生日期：民國_____年_____月_____日
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：西元_____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。

狐臭治療手術同意書

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：() _____

住址：

日期：西元_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

見證人簽名：

☐不需見證人，簽名：

日期：西元_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

附註：

1、一般手術的風險

- (1) 除局部麻醉以外之手術，肺臟可能暫時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。
- (2) 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。
- (3) 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
- (4) 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。

2、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18歲為成年人〉。

3、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。

4、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。

5、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。

狐臭治療手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

床號：_____

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：
 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。
- 4、 **手術效益：**減少異味。
- 5、 **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。
- 6、 **成功率：**若無傷口感染或血腫，一般手術成功率約 90 %。
- 7、 **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：
 1. 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。
 2. 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。
 3. 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。
- 8、 **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。

狐臭治療手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

床號：_____

說明醫師：_____ (簽章) 時間:西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

本人(或家屬) _____ 已經與醫師討論過接受這個手術(或醫療處置)的效益、風險及替代方案，本人對醫師的說明都已充分了解，並且保有此資料副本一份。

病人(或家屬)：_____ (簽章) 時間:西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

與病人之關係：_____

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。

見證人部分，如無見證人得免填載