

上下眼瞼整形手術同意書

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。

上下眼瞼整形手術同意書

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。

上下眼瞼整形手術說明書

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「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。

一、 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。

二、 手術目的：改善眼瞼外觀。

三、 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。

四、 處置的好處：改善眼瞼外觀。

五、 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)：

- (一)血腫或手術後再出血。
- (二)傷口感染、疤痕增生肥厚或攣縮。
- (三)眼睛異物感或流淚。
- (四)縫線鬆移、脫出、甚至雙眼皮不明顯或消失之現象
- (五)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。
- (六)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
- (七)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)
- (八)其他偶發病變及併發症。

六、 術後復原期可能發生的問題：

- (一)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。
- (一)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。

上下眼瞼整形手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

床號：_____

(二)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。

(三)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。

(四)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。

七、其他補充說明：

(一)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。

(二)若有服用抗凝血藥物者，請與開立醫師討論後，停藥1-2週，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。

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