

雷射治療手術同意書

病人姓名：_____

病人病歷號碼：_____

病人出生日期：_____年_____月_____日

1、_____醫師診察後，擬建議實施治療（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

(1) 建議治療原因：

(2) 建議治療名稱：

(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.			

2、醫師之聲明（有告知項目打「V」）（請立同意書人於說明醫師說明後簽署欄位註記「#」者）

一、說明醫師：

(1) 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項治療之相關資訊，特別是下列事項：

☐ 需實施治療之原因

☐ 不實施治療可能之後果

☐ 其他可替代之治療方式

☐ 如另有治療相關說明資料，我並已交付病人

☐ 此治療非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

(2) 病人問題詢問與答覆：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

說明醫師：_____

日期：西元_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

二、執行醫師：

(1) 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項治療之相關資訊，特別是下列事項：

☐ 治療步驟、範圍、風險、成功率

☐ 治療併發症及可能處理方式

☐ 預期治療後，可能出現之暫時或永久症狀（如說明書第5項、第8項說明）

☐ 如另有治療相關說明資料，我並已交付病人

(2) 病人問題詢問與答覆：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

執行醫師：_____

日期：西元_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

雷射治療手術同意書

醫師專科別及
專科證書字號：_____

3、病人之聲明

- (1) 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個治療的必要性、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，並且我已經瞭解治療可能預後情況和不進行治療的風險。
- (4) 針對我的情況、治療之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
- (5) 我瞭解在治療過程中，如果因醫療之必要而切除的組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行治療報告，並且在之後會謹慎依法處理。
- (6) 我瞭解這個治療無法保證一定能改善病情。
- (7) 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 ☐ 不同意 進行此治療。

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

註 1. 立同意書人應需由病人親自簽具，並於「與病人之關係欄」註明為本人；病人若未年滿 20 歲或不能親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具，並於「與病人之關係欄」註明與病人之關係。

註 2. 機構為病人實施侵入性檢查、治療或處置後，若須再度實施，除緊急情況外，應再度說明並簽具同意書

雷射治療手術說明書

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「雷射治療」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能的問題以及未接受處置可能的後果，做為病人與醫師討論時的資料。經醫師說明後，若病人仍有疑問，請在簽署同意書前再與醫師討論。

1、接受雷射治療之相關疾病診斷說明：

- (1) 雷射為特定波長的準直光線，根據選擇性光熱療法（selective photothermolysis）的原理，利用不同波長的雷射光能作用在標的物之載色體（chromophore）上；或是分段雷射療法（Fractional Photothermolysis），利用均勻分散的微小雷射光束加熱破壞皮膚表皮及真皮層，刺激皮膚再生反應。
- (2) 臨床上可應用於治療色素斑、疤痕、皮膚血管疾患等病症。

2、治療之目的與效益：

- (1) 色素性病灶，包括雀斑、老人斑、黑痣、顴骨母斑、太田母斑、刺青等。
- (2) 血管性病灶，如微細血管增生、酒糟、血管瘤、疤痕等。
- (3) 其他如：除毛、除紋等。

3、執行方法：利用雷射光束精確地治療皮膚病灶。

4、處置效益：

- (1) 色素性病灶：治療效果因色素性病灶的程度及深度而異。一般淺層的色素斑，可能一次或數次後去除；而較深層的色素斑通常需多次治療方可去除。
- (2) 血管性病灶：利用雷射光收縮或破壞擴張之血管性病灶。治療效果因血管性病灶位置深度不同以及特性而異。
- (3) 除毛雷射：因為雷射除毛是針對處於生長期的毛囊方有破壞效果；單次治療只能去除 1/3 至 1/4 的毛髮，故需要多次雷射除毛治療。
- (4) 其他如除紋等雷射治療因個人皮膚回復能力不同，治療效果及恢復期亦有所不同。

5、可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：

- (1) 雷射治療後的皮膚泛紅通常可在短時間內恢復。
- (2) 治療部位會感到灼熱感及開放式傷口有微量流血，輕微紅腫為正常反應，臉部痂皮約 5-7 天後自然脫落。
- (3) 少數病患有灼傷、血腫、出血或傷口皰疹(0.3-2%)或細菌感染(0.5-4.5%)。
- (4) 會有黑色素沉澱(10-32%)現象，若妥善保養勿曬太陽，仍有恢復的機會。黑色素變少(1-20%)現象大部分短期內可恢復。

6、替代處置方案（這個醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個醫療處置，請與醫師討論您的決定）：

- (1) 色素性病灶：外用藥物、手術切除、電燒治療等。
- (2) 血管性病灶：部分酒糟膚質可以口服藥物控制，部分血管瘤病灶可以手術等方式治療。

7、未處置之風險：

本治療係基於外觀考量的醫療處置，然而部分色素性病灶仍有惡性病變之可能性；部分血管性病灶如未處置亦可能有擴大或是產生出血、潰瘍等變化。

雷射治療手術說明書

病歷號：_____

姓名：_____

床號：_____

8、術後復原期可能出現的問題：

1. 患部因局部麻醉及照射，在治療後數小時或數日內，會有浮腫現象。
2. 患部一般會有滲透液流出或皮膚瘀青，約1至2週後可消失；爾後可能會有痂皮產生，此時勿用手指刮除，讓其自行脫落，對皮膚癒合較有利。
3. 當痂皮脫落後，患部預期可能會呈深紅色，並非表示治療無效；治療後約二個月或半年後，患部顏色會逐漸開始變淡，過程可能延續一年。

9、其他補充說明：

(1) 若有下列情形，請主動告知醫師：

1. 有血液凝血功能不良傾向
2. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病
3. 有疤痕增生體質
4. 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
5. 有藥物過敏
6. 過去曾接受手術

(2) 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。

(3) 若有服用抗凝血藥物者，請先和您的醫師討論後，停藥一~二個星期，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。

(4) 每次治療發生之費用，均以當次治療為限，如須再次治療或後續治療時，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。

(5) 此處置非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

10、病人、家屬問題：

- (一) _____
- (二) _____
- (三) _____

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