

拉皮手術同意書（範本）

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____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：_____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：

一、一般手術的風險

1. 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。
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。

二、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〉。

三、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。

四、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。

五、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。



拉皮手術說明（範本）

這份說明書是用來解說病人的病情及接受「拉皮手術」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，若病人仍有疑問，請在簽署同意書前再與醫師討論。

一、接受拉皮手術之病情說明：

隨著年齡、生活習慣、壓力、地心引力、環境及組織流失等因素，臉部組織會鬆垮而呈現老態，沒有活力、嚴肅等外觀，線條及組織量不復年輕亮麗的模樣，拉皮手術之目的為改善老化的特徵，提供年輕化的可能。

二、手術目的：

拉皮手術是種自發性且非緊急性的醫療行為，有多種術式選擇，醫師會於術前依病人需求，進行手術的方法及預期效果的討論。若有下列情形，請於術前主動告知醫師：

- (一) 有血液凝血功能不良傾向。
- (二) 有疤痕增生體質。
- (三) 有藥物過敏。
- (四) 有吸菸、喝酒習慣。
- (五) 過去曾接受手術。
- (六) 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。
- (七) 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病。

三、執行方法：

安全的手術為最基礎的要求，所以關於您的醫藥史(例如無法服用阿司匹靈、抗凝血性、高血壓、心臟病、糖尿病等)，是否作過相同手術必須據時告知。

- (一) 手術後當日住院，手術前必須完成相關檢查，像是抽血、心電圖、胸部 X 光等，同時必須完成麻醉的術前訪視。手術前需禁食 8 小時(含任何液體食物)。
- (二) 病人進入手術等候室後，先在手術準備室稍候，待前一位病人手術完成，並由麻醉科醫師做手術前的檢查與確認。
- (三) 病人進入手術室時，由護理人員為其接上心電圖導線、脈搏血氧儀、血壓測量器與做麻醉前的準備與在上肢或是下肢做點滴注射。
- (四) 手術前醫師會先在手術部位施打局部麻醉劑，待麻藥發生作用後，給予皮膚消毒並蓋上無菌布單並施行手術。手術時間依病情，約需 4-6 小時。
- (五) 一般而言，手術切口會在前額髮際線後，耳前和耳後，或是請病人於術前與醫師討論附加的手術項目，如上下眼皮手術，抽脂肪及脂肪注射等。

四、處置效益：

緊緻皮膚，拉提臉部組織像是前額、眉眼、嘴角、下巴曲線和改善法令紋等，若合併肉毒桿菌或注射填充，則有豐腴的果效。

五、可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：

- (一) 血腫或手術後再出血、傷口癒合不良、感染。
- (二) 術後病患可有併發上呼吸道感染(機率約為 2%)或是肺炎(機率約為 1%)

(三) 顏面神經受傷，造成臉部動作不自然，多為暫時性，會在 2-3 星期內恢復。

(四) 顏面感覺異常，通常在一年內恢復。

(五) 傷口照顧

1. 頭皮之傷口：每日可正常洗頭，傷口及周圍皮膚勿用力抓扯，洗淨後吹乾頭髮塗抹藥膏，每日 1~2 次。
2. 臉及耳朵傷口：先以消毒過之棉花棒沾冷開水或生理食鹽水清潔傷口後，再塗上藥膏，每日 1~2 次。
3. 記錄引流量，注意維持管路引流通暢，勿彎折。
4. 術後 2 週內，勿抽菸、喝酒與避免劇烈運動(如跑步、打球)。
5. 洗臉、洗頭水溫勿太燙以免燙傷，切忌用指甲抓，恢復期的皮膚最易受傷。
6. 減少頭部低於心臟的動作，例如：綁鞋帶、撿東西，以減少臉部及頭部充血腫脹情形。

六、成功率：術後滿意度，與術前對手術方法、過程的瞭解及合理的期待有關。

七、替代處置方案：注射肉毒桿菌維持時間大約半年左右，或脂肪注射維持時間半年以上。

八、未處置風險：

拉皮手術主要目的在改善外觀，而非為治療疾病不得不進行之處置，患者應審慎評估其風險及效益以決定是否接受拉皮手術。

九、術後可能出現的問題

- (一) 瘀血及腫脹情形約持續 1~3 個星期，且臉部會因腫脹顯得生硬，約一個月之久。
- (二) 術後少數會發生輕微不對稱之情況，係屬常見現象。
- (三) 臉部皮膚感覺麻木的現象是很正常的，可能持續數星期或數月之久。
- (四) 當神經復原時，頭皮頂端原來的麻木感會變成搔癢的感覺，此為神經末梢生長的感覺，約術後 6 個月至 1 年可消失。
- (五) 傷口旁的頭髮可能會掉或暫時減少，在幾週或幾個月之後會再長出來，很少會產生永久的落髮。
- (六) 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。
- (七) 若有服用抗凝血藥物者，請先和內科醫師討論後，停藥 1-2 週，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。

十、其他補充說明：

- (一) 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。
- (二) 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。

十一、參考文獻：

1. Bergeron, L., Chen, Y. R. The asian face lift. Semin Plast Surg 23: 40-47, 2009.
2. Baker, D. C., Conley, J. Avoiding facial nerve injuries in rhytidectomy. Anatomical variations and pitfalls. Plast Reconstr Surg 64: 781-795, 1979.
3. Moss, C. J., Mendelson, B. C., Taylor, G. I. Surgical anatomy of the ligamentous attachments in the temple and periorbital regions. Plast Reconstr Surg 105: 1475-1490; discussion 1491-1478, 2000.

4. Jones, B. M., Grover, R. Avoiding hematoma in cervicofacial rhytidectomy: a personal 8-year quest. Reviewing 910 patients. *Plast Reconstr Surg* 113: 381-387; discussion 388-390, 2004.
5. Moyer, J. S., Baker, S. R. Complications of rhytidectomy. *Facial Plast Surg Clin North Am* 13: 469-478, 2005.
6. Leach, J. J. Browlifting. *Operative Techniques in Otolaryngology* 18: 162-165, 2007.
7. Flowers, R. S., Ceydeli, A. The open coronal approach to forehead rejuvenation. *Clin Plast Surg* 35: 331-351; discussion 329, 2008.
8. Adamson, P. A., Johnson, C. M., Jr., Anderson, J. R., et al. The forehead lift. A review. *Arch Otolaryngol* 111: 325-329, 1985.
9. Kim, Y. H., Cho, B. C., Lo, L. J. Facial contouring surgery for asians. *Semin Plast Surg* 23: 22-31, 2009.
10. Ousterhout, D. K. Feminization of the forehead: contour changing to improve female aesthetics. *Plast Reconstr Surg* 79: 701-713, 1987.

十二、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，並同意拉皮手術(請簽署拉皮手術同意書)。
- 我已瞭解上述說明，並拒絕拉皮手術。

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