

上下眼瞼整形手術同意書（臺北榮民總醫院）

一式二聯

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。

病人先前已接受過說明（前次門診、會談、或先前已接受過類似治療），並已經充分時間考慮後決定於當日施作。 病人簽名：_____

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。**



上下眼瞼整形手術說明（臺北榮民總醫院）

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(包含如下但不在其限)：

- (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。
- (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)每次手術費用，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。

(三)病人於先前已接受過說明(前次門診、會談、或先前已接受過類似治療)，並已經充分時間考慮後決定於當日施作。 病人簽名：_____

(四)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。

(五)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。

八、參考文獻：

1. Hass, Andrea N.; Penne, Robert B.; Stefanyszyn, Mary A.; Flanagan, Joseph C. Incidence of Postblepharoplasty Orbital Hemorrhage and Associated Visual Loss. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2004;20:426-432.
2. Hayworth RS, Lisman RD, Muchnick RS, Smith B. Diplopia following blepharoplasty. Ann Ophthalmol. 1984;16:448-451

九、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，並同意上下眼瞼整形手術(請簽署上下眼瞼整形手術同意書)。

我已瞭解上述說明，並拒絕上下眼瞼整形手術。

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