

抽脂手術同意書（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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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）
- 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。
- 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。
- 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
- 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。**



抽脂手術說明（臺北榮民總醫院）

這份說明書是用來解說病人的病情、接受「抽脂手術」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、其它替代方案、復原期可能的問題及未接受處置可能的後果，做為病人與醫師討論的資料。經醫師說明後仍有疑問，請於簽署同意書前與醫師討論。

一、病情說明：

- (一)因身體脂肪分布不均或堆積過多，導致之身體型態問題。但本手術主要並非用來治療體重過重，肥胖者應考慮減重後再接受各項體形雕塑手術。
- (二)若有下列情形，請於術前主動告知醫師
 1. 有藥物過敏。
 2. 過去曾接受手術。
 3. 有疤痕增生體質。
 4. 有血液凝血功能不良傾向。
 5. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病。
 6. 使用中西藥或健康食品者應告知特殊成分，如含銀杏成分(易導致出血)
 7. 有吸菸、喝酒習慣。有抽菸者應戒菸1個月，因抽菸會抑制血流到皮膚，影響傷口癒合。
 8. 正使用阿斯匹靈、維他命E、可邁丁(Warfarin)等影響血液凝固藥物者。服用抗凝血藥物者，請與內科醫師討論是否停藥1至2週，以免因凝血異常影響傷口癒合。

二、目的與效益：改善因身體脂肪分布不均或是堆積過多所導致之身體型態問題

三、執行方法：

在身體較隱密處(如鼠蹊部、肚臍等)，創造出約1公分的小洞。利用抽脂器械進行手術。有時可利用水刀抽脂、雷射溶脂、超音波抽脂、動力抽脂幫助手術進行。

四、可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：

任何手術或麻醉是帶有風險的，這風險會依病人整體的身體健康狀況與及手術的嚴重程度而異。由於每一個病人都有不同的特殊風險與體質，故病人應於術前告知醫師現在用藥、過去病史和藥物過敏史，以使醫師可採取應有的預防措施，以確保手術順利進行。

- (一)大量流血：雖並不常見，但術中或術後仍有可能發生。術後若發生大量流血，可能須以緊急手術治療堆積的血塊或須接受輸血。手術前10天，切勿使用阿斯匹靈或其他消炎止痛藥物，以免增加大量流血的發生。
- (二)局部出血、瘀青、血腫或術後再出血，須持續壓迫止血或行清創手術移除血腫。
- (三)傷口感染，須持續抗生素治療或是行清創手術。
- (四)肥厚性的疤痕並不常見，鼻部疤痕可能較不雅觀並與周圍皮膚有色差。不正常疤痕，需以其他療法(包括外科手術在內)另行處置。
- (五)傷口癒合時間較長：任何人都可能傷口裂開或癒合時間較長。少數病人可能會皮膚潰爛壞死，可能需經常更換傷口敷料或以手術移除壞死組織。吸菸會明顯增加皮膚壞死和傷口癒合問題併發症的機會。
- (六)過敏反應：少數的病例報告發生有對膠帶、縫線、消毒藥水的局部過敏；較嚴重的全身性過敏反應，可能發生於術中或因服用藥物，過敏反應需要另行處置
- (七)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。
- (八)除局部麻醉外的手術，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進入肺臟而危及生命，需給予呼吸治療及施打抗凝血劑。

(九)心臟因承受壓力而可能造成心臟病發作或中風，需進行緊急介入性治療。

(十)皮膚表面不平整或可見或可觸摸的皺紋。

五、術後復原期可能發生的問題：

(一)部分腫脹及瘀血情況，腫脹將在術後數週消失，瘀血至少持續3週或更久。

(二)有些地方將感到麻木，約持續數週至數月不等，感覺才會恢復正常。

(三)術後傷口處理原則

1. 飲食先喝少許開水，若無嘔吐情形始可進食。一般普通飲食，禁止吸菸、喝酒及減少辛辣等刺激性食物攝取約兩星期。
2. 術後2天須盡量臥床休息，以減少疼痛不適及流血情形。
3. 休息時盡量抬高患部，以利消除腫脹。
4. 術後3天可開始淋浴。1週後可坐浴，並按摩瘀青處以利瘀青消除。正常活動可漸進開始，約1至2週可恢復大部分活動，劇烈運動約術後6週可漸進開始。
5. 塑身衣的穿著至少約持續3個月，且術後需立即穿著，以利止血，若塑身衣鬆了，應盡快修改或更換合適的尺寸，以幫助組織消腫及改善身材。
6. 傷口護理：保持清潔乾燥即可，若膠布髒或浸濕則予以更換。傷口須以透氣紙膠布黏貼約3至6個月，並於術後第14天開始按摩，以避免疤痕肥厚增生。
7. 術後若有劇烈的疼痛或局部快速腫脹，應立即返院。
8. 並不是術後就能馬上恢復曲線窈窕的身材，手術部位會有瘀青或麻木感的情形約持續數週。
9. 另外須注意在術後保持體重，則抽脂的效果是永久的，即使是增加些微體重，這些體重是平均分佈，而不會聚積在身體某些區域而造成困擾。

六、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。

(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：_____

七、參考文獻：

1. Heller JB, Teng E, Knoll BI, Persing J. Outcome analysis of combined lipoabdominoplasty versus conventional abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121:1821 - 1829.
2. Broughton G II, Horton B, Lipschitz A, Kenkel JM, Brown SA, Rohrich RJ. Lifestyle outcomes, satisfaction, and attitudes of patients after liposuction: A Dallas experience. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117:1738 - 1749
3. Masoumi Lari SJ, Roustaei N, Roshan SK, Chalian M, Chalian H, Honarbakhsh Y. Determinants of patient satisfaction with ultrasound-assisted liposuction. *Aesthet Surg J.* 2010;30:714 - 719
4. Zocchi ML. Ultrasound assisted lipoplasty: Technical refinements and clinical evaluations. *Clin Plast Surg.* 1996;23:575 - 598.
5. Roustaei N, Masoumi Lari SJ, Chalian M, Chalian H, Bakhshandeh H. Safety of ultrasound-assisted liposuction: A survey of 660 operations. *Aesthetic Plast Surg.* 2009;33:213 - 218.
6. Illouz YG. Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases. *Plast Reconstr Surg.* 1983;72:591 - 597.

- 7. Lee YH, Hong JJ, Bang CY. Dual plane lipoplasty for superficial and deep layers. Plast Reconstr Surg. 1999;104:1877 - 1884.
- 8. Commons GW, Halperin B, Chang CC. Large-volume liposuction: A review of 631 consecutive cases over 12 years. Plast Reconstr Surg. 2001;108:1753 - 1763.
- 9. Troilius C. Ultrasound-assisted lipoplasty: Is it really safe? Aesthet Plast Surg. 1999;23:307 - 311.

八、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，並同意抽脂手術 (請簽署抽脂手術同意書)。

我已瞭解上述說明，並拒絕抽脂手術。

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

