

狐臭治療手術同意書（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。

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。



狐臭治療手術說明（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「狐臭治療手術」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，請在簽署同意書前再與醫師討論。

一、接受狐臭治療手術之病情說明：腋下皮下頂漿腺分泌過盛經細菌繁殖形成異味。

二、手術目的：減少腋下皮下頂漿腺數目以減低頂漿腺分泌減少異味。

三、手術方法：旋轉刀切除法或傳統開放刀口切除法。若有下列情形，請於術前主動告知醫師：

1. 有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. 正在使用阿斯匹靈、維他命E、可邁丁(Warfarin)等影響血液凝固的藥物。
7. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病。

四、手術效益：減少異味。

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)傷口血腫或術後再出血(約5%)，血腫少量會自行吸收，大量時需手術止血。傷口搔癢、感染、疤痕增生肥厚或攣縮。
- (二)少數病患因傷口復原不佳導致腋下皮膚部分壞死或復發之可能性。
- (三)少數病患可能有手臂或胸部局部感覺神經疼痛或麻木，以及皮下囊腫的情形。
- (四)其他偶發病變及併發症。

六、成功率：若無傷口感染或血腫，一般手術成功率約_____%。

七、術後復原期可能發生的問題：

- (一)不穩定皮膚容易形成水泡或形成疤痕攣縮肥厚。
- (二)腋下皮下頂漿腺手術術後傷口處理原則：
 1. 如術後有使用加壓紗布或放置引流管(一般會有些許紅色滲出物)，請勿自行移(拔)除，於回診時經醫師評估後再移(拔)除。
 2. 請於早、中、晚清潔患部(用煮沸過的冷、溫水，生理食鹽水等清潔傷口)，清潔後請擦拭乾淨、勿重力摩擦，保持乾燥乾淨。清潔後再用無菌棉籤，上一層薄薄的消炎藥膏。
 3. 術後1至2週，避免有雙手抬高、伸展、使力的動作。並依醫師指示按摩傷口持續3至6個月。

八、其他補充說明：

- (一)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。
- (二)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。
- (三)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。
- (四)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。

(五) 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：_____

九、參考文獻(若有參考文獻，請填寫)：

1. Treatment for Axillary Osmidrosis with Suction-Assisted Cartilage Shaver British Journal of Plastic Surgery 2005 58:223-7
2. Bromhidrosis Treatment & Management, <http://emedicine.medscape.com/article/1072342-treatment#showall>。

十、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，並同意狐臭治療手術(請簽署狐臭治療手術同意書)。

我已瞭解上述說明，並拒絕狐臭治療手術。

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

衛生福利部