

# 削骨手術同意書（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。**



## 削骨手術說明（臺北榮民總醫院）

這份說明書是用來解說病人病情及接受「削骨手術」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、病情說明：

國字臉或顴骨高聳為顏面比例異常的問題。削骨手術為調整顏面骨外形與尺寸的手術，手術的範圍通常包括顴骨與下顎骨。削骨手術藉由截骨手術與內固定的方法，移動並削減顴骨與下顎骨的位置與尺寸，使其達到調整顏面比例的目的。

### 二、治療目的：

矯正上下顎相對位置，最常見於治療因骨骼異常，無法單靠矯正牙齒來改善的咬合問題，藉由顏面部整形重建手術把骨骼及牙齒一起移動至最理想位置。

### 三、處置效益：

經由手術，您可能獲得以下所列的部分或全部的效益。但醫師並不能保證獲得任何一項。且手術效益與風險性間的取捨，應由您自主判斷決定。

- (一) 趨進正常的顏面比例
- (二) 趨進正常的顏面對稱
- (三) 其他：\_\_\_\_\_

### 四、削骨手術可能併發症與發生機率及處理方法(包含如下但不在其限)：

沒有任何手術是完全沒有風險的，這些風險包括術中、術後可能之暫時或永久性併發症，這些併發症，嚴重時甚至可能威脅生命。以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。醫師將會為您解釋這些可能產生的風險及處理方式。

#### (一)一般性併發症：

1. 傷口出血
2. 傷口疼痛
3. 傷口腫脹
4. 傷口感染、癒合不良或組織壞死
5. 局部或全身麻醉風險
6. 因併發症或手術效果不如預期，必要時需再度手術。
7. 必要時輸血導致之不適感或感染風險(如愛滋病、肝炎等)。
8. 其他：\_\_\_\_\_

※如果您曾接受手術部位放射線治療、正接受或剛接受完化學治療、長期服用免疫抑制劑或抗排斥藥、或患有營養不良、血液方面疾病、糖尿病、尿毒症、肝功能異常、惡性腫瘤或其他引起抵抗病菌能力降低的疾病等，會提高術後傷口感染的機會；如果您正接受或剛接受完化學治療、長期服用抗凝血藥、或患有糖尿病、尿毒症、肝功能不良、引起血液凝固降低的疾病等，會提高出血的機會；如果您年紀超過 60 歲、嚴重貧血、患有心肺方面疾病或功能不佳等，會提高麻醉的風險。

#### (二)特殊性併發症：

1. 術中大出血
2. 骨頭癒合不良。
3. 嘴唇及口腔周圍皮膚擦傷
4. 下唇及下巴皮膚感覺遲鈍
5. 臉頰皮膚感覺遲鈍

6. 牙齦麻木感
7. 講話不清楚。
8. 骨內固定器外露
9. 臉部組織下垂
10. 臉型改變後心理及社會適應的問題

(三) 罕見重大性併發症：

1. 骨頭壞死
2. 視神經受傷
3. 顏面神經受傷
4. 臉頰皮膚感覺遲鈍

**五、 替代處置方案：**

削骨手術乃是調整顏面骨比例的根本治療方式。若要尋求以非削骨手術的方式治療，稱之為掩飾性治療方式。掩飾性治療雖無法完全改正顏面骨的問題，但依舊可以在顏面美學上會獲得某種程度的改善。如果您決定不施行這個手術，請與醫師討論您的決定與進一步的治療選擇。

**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、 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，並同意削骨手術(請簽署削骨手術同意書)。
- 我已瞭解上述說明，並拒絕削骨手術。

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