

# 狐臭治療手術同意書（範本）

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。  
 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。



## 狐臭治療手術說明（範本）

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。

**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

