

肉毒桿菌素注射劑處置同意書（範本）

病人姓名：_____ 病人出生日期：_____年____月____日

病人病歷號碼：_____

一、經_____醫師診察後，建議實施處置（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議處置原因：

2. 建議處置名稱：

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」）

1. 說明醫師：

(1) 我已經以病人所能瞭解之方式，解釋這項處置之相關資訊，特別是下列事項：

需實施處置之原因

不實施處置可能之後果

其他可替代之處置方式

如另有處置相關說明資料，我並已交付病人

已告知此處置非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

(2) 病人問題詢問與答復：

(1) _____

(2) _____

說明醫師簽名：_____

日期：_____年____月____日

時間：_____時____分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

立同意書人簽名：_____

日期：_____年____月____日

(註1)

(請立同意書人於說明醫師說明後簽署)

時間：_____時____分

2. 執行醫師：

(1) 我已經以病人所能瞭解之方式，解釋這項處置之相關資訊，特別是下列事項：

處置步驟、範圍、風險、成功率

處置併發症及可能處理方式

預期處置後，可能出現之暫時或永久症狀

如另有處置相關說明資料，我並已交付病人

(2) 病人問題詢問與答復：

(1) _____

(2) _____

執行醫師簽名：_____

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，並且已給我充分時間瞭解施行這個處置目的、步驟、風險、成功率之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解選擇其他處置方式之風險。
3. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解處置可能預後情況。
4. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解此處置非屬急迫性質及充分時間考慮後決定施作此處置。

5. 針對我的情況、處置之進行、處置方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
6. 我瞭解這個治療無法保證一定能改善症狀。
7. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

◎基於上述聲明，及經本人充分考慮後，我 同意 不同意 進行此處置。

立同意書人簽名：_____，關係：病人之_____（詳如註1）

電話：（0）_____

住址：

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

- 註1.立同意書人應需由病人親自簽具，並於「與病人之關係欄」註明為本人；病人若未年滿20歲或不能親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具，並於「與病人之關係欄」註明與病人之關係。
- 註2.機構為病人實施侵入性檢查、治療或處置後，若須再度實施，除緊急情況外，應再度說明並簽具同意書，不得以同一療程等理由，僅簽署一次同意。



肉毒桿菌素注射劑處置說明（範本）

這份說明書是用來解說您即將接受美容醫學「肉毒桿菌素注射劑處置」的目的、方法、效益、可能併發症、成功率、復原期可能的問題以及未接受處置可能的後果，可做為您與醫師討論時的補充資料。我們希望您能充分瞭解此項處置的內容，經醫師說明後，請您經過充分時間考慮後，若您還有對這個醫療處置有任何疑問，請在簽署同意書前再與您的醫師充分討論，我們會很樂意為您解答。

一、肉毒桿菌素注射劑(Botulinum Toxin Type A) 處置原理說明：

肉毒桿菌素處置的原理是阻斷神經肌肉間的聯繫，達到放鬆肌肉以消除皺紋。

二、處置之目的與效益：

肉毒桿菌素注射劑依衛生福利部核准之仿單內容，主要用於治療成人中風後之手臂痙攣、眼瞼痙攣、半邊顏面痙攣、痙攣性斜頸、小兒腦性麻痺引起之肌肉痙攣、皺眉紋。

三、執行方法：

肉毒桿菌素製劑具有專一性，不同肉毒桿菌素不得交換使用，且須由注射訓練過的醫師使用。

四、處置效益：

醫師注射適當劑量於造成動態紋的肌肉部位，效果之快慢依肌肉大小與皺紋深淺而定。用於治療皺眉紋，臨床效果在注射後 48 小時逐漸產生。最大效果發生在 1 個月之後且可維持 3-7 個月。

五、可能併發症與發生機率及處理方法（沒有任何治療是完全沒有風險的，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）：

- (一)注射常見之副作用包括注射部位的浮腫及瘀血(11% to 25%)，有時可能會有眼皮下垂(5.4%)、眉毛下垂及頭痛(15.3%)等現象，這些副作用是短暫性，約 2 至 6 週恢復。
- (二)已有報告顯示肉毒桿菌素自注射部位擴散至遠端之不良事件發生，某些案例出現吞嚥困難、肺炎或顯著衰弱而導致死亡（非常罕見）。

六、未處置之風險：

本處置為基於外觀考量的醫療處置，並無未處置之風險。

七、術後復原期可能出現的問題：

- (一)注射後 4 小時內，應避免臉部按摩、頭部前傾、臥床睡覺及劇烈運動。
- (二)縮臉、國字臉（咬肌肥厚）治療術後，會自覺咀嚼咬硬的食物較無力或唾液分泌減少，但不影響日常進食及喝飲料。
- (三)若有眉毛下垂、上揚等現象或任何不適請就醫回診，這些現象大多於注射後 1 週內發生。

八、其他補充說明：

- (一)本項處置健保不給付，需以自費接受處置，處置發生之費用均以當次為限，如需再次處置時，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)此處置非屬急迫性質，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：

1. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. 2012.
2. Botulinum Toxin: Procedures in Cosmetic Dermatology Series. 3rd ed. 2012.
3. A Practical Guide to Botulinum Toxin Procedures (Cosmetic Procedures). 1st ed. 2011.
4. A. John Vartanian, Steven H. Dayan. Complications of botulinum toxin A use in facial rejuvenation. *Facial Plast Surg Clin N Am* 2005;13: 1- 10

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，並同意肉毒桿菌素注射劑處置(請簽署肉毒桿菌素注射劑處置同意書)。

我已瞭解上述說明，並拒絕肉毒桿菌素注射劑處置。

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

