

削骨手術同意書（範本）

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。



削骨手術說明（範本）

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。

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