

植髮手術同意書（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。



植髮手術說明（範本）

這份說明書是向您解說您的病情、即將接受的植髮手術的目的、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，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，經醫師說明後如果您還有對這個醫療處置有任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，我們會很樂意為您解答。

一、病情說明：髮量不足可能是先天遺傳或後天外傷或其他因素所導致。

二、手術目的：改善髮量及外觀。

三、手術方法：植髮手術是利用外科手術擷取髮量較多區域的頭皮及毛囊，經過切割及植入髮株，來改善髮量。

四、處置的好處：增加美觀，外表較為年輕。

五、併發症及後遺症發生機率及處理方法

每項外科手術都有個別的危險性，所以瞭解植髮手術可能的危險性是很重要的。每個人選擇外科手術的原因是在權衡手術的危險性及益處的結果，雖然大部分的患者都沒有經歷過以下的併發症，受術者仍應該和整形外科醫師討論各項可能發生的危險性，確定受術者已完全瞭解各種植髮手術的後果。

(一)藥物引起的噁心／嘔吐。

(二)出血(低於5%)。

(三)感染(低於1%)。

(四)頭皮過度腫脹。

(五)暫時性頭痛。

(六)頭皮短暫性麻痺感。

(七)種植的毛髮生長力差。

(八)昏厥(低於1%)或頭暈現象。

(九)因植髮造成的囊腫(低於10%)。

(十)後腦取髮處有較寬較明顯的疤痕。

(十一)瘀青。

(十二)其餘較罕見的併發症：如蟹足腫、全部種植的毛髮無法生長、持續性疼痛、頭皮持久性麻痺感、種植的毛髮全部脫落、過敏或藥物引起的反應等。

六、替代處置方案：戴假髮。

七、未處置之風險：無，只是外觀的問題。

八、術後復原期可能發生的問題：

(一)血腫：術後請勿低頭或用力做事，以免血壓上升或充血而引發血腫。

(二)傷口癒合不良：勿食辛辣、酒等刺激性食物，勿抽菸或吸二手菸，生活作息盡量正常，以免傷口癒合不好。傷口須按時換藥照護。

(三)疤痕：傷口癒合後的疤痕為粉紅色的。移植部位的頭髮只需2.5公分以上便能蓋住疤痕。

(四)由醫師安排回診拆線時間，如傷口有大量出血、嚴重疼痛、局部發炎或身體不適，請儘速到醫院就醫。



- (五) 未來會落髮的數量和位置是無法預測的，頭髮移植效果也許無法維持一輩子，但植入的毛髮通常能持續很久的時間，一般而言，手術後的頭髮在未來一至十年很少有脫落的現象。
- (六) 當後腦部位移植或被移植的頭皮周圍，有可能產生一些臨時(短暫)脫髮現象，為手術引起的休止期掉髮，通常3-6個月會再長回來。

九、其他補充說明：

(一) 若有下列情形，請主動告知您的醫師：

1. 有血液凝血功能不良傾向
2. 有糖尿病、高血壓、心臟病、血管硬化等慢性疾病
3. 有疤痕增生體質
4. 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
5. 有吸菸、喝酒習慣
6. 有藥物過敏
7. 過去有接受手術

(二) 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。

(三) 若有服用抗凝血藥物者，請先和您的內科醫師討論後，停藥一~二個星期，以免造成凝血異常，影響傷口癒合。

(四) 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。

(五) 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。

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，並同意植髮手術(請簽署植髮手術同意書)。

我已瞭解上述說明，並拒絕植髮手術。

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