

植髮手術同意書

1. 本人_____，在此同意接受_____醫師和他的頭髮移植團隊，為我執行頭髮移植手術；我也同意任何其它在植髮手術當中可能必須接受的醫療行為，包括：頭髮移植程序必須用到的麻醉劑或鎮靜劑。
2. 我了解：
 - a. 現存的頭髮品質和數量將是影響植髮成效最重要的因素。
 - b. 此醫療結束後的效果例如：頭髮厚度／密度 無法與先前未得頭髮脫落症時的我做比較。
3. 我完全理解：
 - a. 我需合理/理性的預期結果。
 - b. 頭髮移植手術未必能達到完美效果。
 - c. 我已被告知植髮整個治療的過程，也讓我有機會向醫療團隊提出任何疑問。
 - d. 我了解並非因植髮而會使整個頭長滿頭髮。
 - e. 此頭髮移植手術後的傷口會持續數天。
4. 醫師建議我至少接受_____ (次)植髮手術，我也了解爾後可能於治療期間，因本人剩餘頭髮持續掉落，所以需增加治療次數。我了解於治療期間，醫師所評估的建議及治療結果皆為預期的效果_____ (簽名)。若醫療團隊或本人認為增加治療次數是必要的，我也理解需要支付額外醫療費用。
5. 雖然醫療團隊會讓手術後的傷口疤痕變得不明顯，但我明白每一次的手術皆有可能留下疤痕；傷口暫時的面部結痂、泛紅或瘀青皆為手術後正常反應。增生性疤痕(蟹足腫)則會因個人體質而發生。被移植部位，
6. 本人已被告知植髮手術為一般手術，風險較低。此手術可能發生的一般併發症或少數罕見的併發症及狀況，醫療團隊也已明確告知本人；此外非預期症狀和罕見併發症所產生的反應，如：麻醉／藥物反應、非預期感染或傷口修復過慢，休止期落髮…等，皆有可能發生。
7. 治療人員已明確向我解釋未來是無法預測會落髮的數量和位置，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。
8. 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。
9. 本人保證已仔細閱讀過或已仔細聽過此同意書內容，以上空白欄位已被填補，我也明確了解其填補內容。
10. 本人已確實提供所有過去和現在的醫療紀錄內容包括目前服用藥物明細，和已知藥物過敏明細。本人務必提供此醫療紀錄，以備在頭髮移植手術當中，移植技術人員能給予我最適當的藥物治療。
11. 我完全理解執法手術可能的併發症:
 - a 藥物引起的噁心／嘔吐
 - b 出血(低於 5%)
 - c 感染(低於 1%)
 - d 頭皮過度腫脹
 - e 暫時性頭痛

植髮手術同意書

- f 頭皮短暫性麻痺感
- g 種植的毛髮生長力差
- h 昏厥(低於 1%)或頭暈現象
- i 因植髮造成的囊腫(低於 10%)
- j 後腦取髮處有較寬較明顯的疤痕
- k 瘀青

吸煙會導致傷口修復慢，且毛髮接種效果較差，所以建議於治療前後 2-3 週禁煙。

罕見併發症

- a 蟹足腫
- b 全部種植的毛髮無法生長
- c 持續性疼痛
- d 頭皮持久性麻痺感
- e 種植的毛髮全部脫落
- f 過敏或藥物引起的反應

本人已仔細閱讀並了解已上所有可能出現的併發症。而且我接受此手術與這些可能的風險和後果的併發症。

DCDC
Hair Revitalization & Transplant
專業毛囊復育中心

述應注意事項，本診所已明確告知

立同意書人簽名：_____關係：病患之_____

電話：_____

住址：_____

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

河堤美先皮膚科診所 高雄市左營區明誠二路 180 號 07-9745111