

病人基本資料

姓名 生日 ___年___月___日
身分證字號/護照號碼 性別 女 男 其他
住址
電話 手機
電子信箱 偏好連絡方式 手機簡訊 Email 紙本郵寄 其他

病人疾病史

乳癌 是 否 如果是，側別 右 左 雙側
乳房或胸壁放射治療 右 左 雙側 無 不知道
是否有其他內科疾病 有 無 不知道
如果是：糖尿病 腎臟病 心臟疾病 高血壓 抽菸 類風溼性關節炎 肺癌
其他：___

手術相關資訊

手術醫療機構	手術醫師醫師字號	專科醫師字號
手術日期 ___年___月___日		
右側	左側	
手術原因(右側)	手術原因(左側)	
<input type="checkbox"/> 隆乳Augmentation	<input type="checkbox"/> 隆乳Augmentation	
<input type="checkbox"/> 再次隆乳Revision Augmentation	<input type="checkbox"/> 再次隆乳Revision Augmentation	
<input type="checkbox"/> 重建Reconstruction	<input type="checkbox"/> 重建Reconstruction	
<input type="checkbox"/> 再次重建Revision Reconstruction	<input type="checkbox"/> 再次重建Revision Reconstruction	
<input type="checkbox"/> 其他Other	<input type="checkbox"/> 其他Other	
手術術式	手術術式	
<input type="checkbox"/> 植入物植入Implant Insertion	<input type="checkbox"/> 植入物植入Implant Insertion	
<input type="checkbox"/> 植入物移除不置換Implant Removal Without Replacement	<input type="checkbox"/> 植入物移除不置換Implant Removal Without Replacement	
<input type="checkbox"/> 植入物再手術Implant Revision	<input type="checkbox"/> 植入物再手術Implant Revision	
<input type="checkbox"/> 植入物更換Implant Replacement	<input type="checkbox"/> 植入物更換Implant Replacement	
<input type="checkbox"/> 擴張器移除級植入物置入Expander Removal And Implant Insertion	<input type="checkbox"/> 擴張器移除級植入物置入Expander Removal And Implant Insertion	
<input type="checkbox"/> 植入擴張器Expander Insertion	<input type="checkbox"/> 植入擴張器Expander Insertion	
<input type="checkbox"/> 其他:_____	<input type="checkbox"/> 其他:_____	
切口	切口	
<input type="checkbox"/> 乳下Inframammary	<input type="checkbox"/> 乳下Inframammary	
<input type="checkbox"/> 全乳切除傷口Mastectomy Scar	<input type="checkbox"/> 全乳切除傷口Mastectomy Scar	
<input type="checkbox"/> 腋下Axillary	<input type="checkbox"/> 腋下Axillary	
<input type="checkbox"/> 乳暈Areolar	<input type="checkbox"/> 乳暈Areolar	
<input type="checkbox"/> 不清楚	<input type="checkbox"/> 不清楚	
<input type="checkbox"/> 其他；_____	<input type="checkbox"/> 其他；_____	
植入物放置層次(Plane)	植入物放置層次(Plane)	
<input type="checkbox"/> 乳腺下Subglandular	<input type="checkbox"/> 乳腺下Subglandular	
<input type="checkbox"/> 部分肌肉下(雙平面)Partial Submuscular	<input type="checkbox"/> 部分肌肉下(雙平面)Partial Submuscular	
<input type="checkbox"/> 全肌肉下Total Submuscular	<input type="checkbox"/> 全肌肉下Total Submuscular	
<input type="checkbox"/> 筋膜下Subfascial	<input type="checkbox"/> 筋膜下Subfascial	
<input type="checkbox"/> 不清楚	<input type="checkbox"/> 不清楚	
<input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 其他：_____	
置放引流管 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
使用網膜或組織支撐物 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道		
脂肪移植 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道		

乳房植入物資訊

右側

植入物貼紙

醫療器材單一識別系統(UDI)

植入物實際填充容量(食鹽水植入物)

植入物序號

左側

植入物貼紙

醫療器材單一識別系統(UDI)

植入物實際填充容量(食鹽水植入物)

植入物序號

再手術資訊

再手術日期 __年__月__日

再手術類型(右側)

- 更換
取出
莢膜切開或切除
其他:_____

再手術類型(左側)

- 更換
取出
莢膜切開或切除
其他:_____

再手術原因

併發症

- | | | |
|--------|----------------------------|----------------------------|
| 莢膜攣縮 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| 莢膜攣縮分級 | | |
| 血腫 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| 感染 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| 血清腫 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| 皮膚壞死 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| 傷口問題 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |

植入物問題

- | | | |
|----------|----------------------------|----------------------------|
| 植入物位移 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| 植入物破裂或消扁 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| 皺褶 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |

病人要求

- | | | |
|----------|----------------------------|----------------------------|
| 修正不對稱 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| 更換大小形狀型式 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| 下垂 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| 階段性重建 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| 其他 | | |
| 需要切片 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| 其他:_____ | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |

移除植入物資訊

右側

移除植入物序號

醫療器材單一識別系統(UDI)

移除植入物類型

原始植入物放置日期 __年__月__日

左側

移除植入物序號

醫療器材單一識別系統(UDI)

移除植入物類型

原始植入物放置日期 __年__月__日