

接受手術/介入性醫療程序同意書

(請在適當空格內加上 ☐ 號)

病人的名字在本表格右上方。

簽署本同意書之人士為：

病人本人。

未成年病人的父母或監護人。 姓名(請以正楷書寫)：

關係：_____ 身份證明文件號碼：_____

本人在此同意接受由 _____ 醫生為我/病人施行 _____

並使用： 全身麻醉 局部麻醉 區域麻醉 (脊柱/硬膜外)
 監察麻醉 靜脈注射麻醉藥物 以上可能的組合

作為病人或病人的父母或監護人，我/我們：

A. 完全明白此項手術/介入性醫療程序的解釋，包括：

1. 病人就手術/介入性醫療程序的診斷及適應症；
2. 病人接受的手術/介入性醫療程序名稱及性質；
3. 病人就手術/介入性醫療程序得到的預期影響或效果；
4. 一般潛在風險、併發症及副作用，包括但不僅限於出血、傷口感染、肺炎、其他感染、心/肺/腦血管併發症及死亡；
5. 此項手術/介入性醫療程序及與病人情況有關之可能引致的潛在風險及併發症；
6. 其他治療 (包括選擇不進行治療)的風險及併發症；
7. 在手術/介入性醫療程序進行中或完成後可能需要的其他治療或額外醫療程序，包括深切治療、輸血/血液製品以及由微創轉為開腔手術；
8. 進行此項手術/介入性醫療程序，並不保證病人情況或以後病況會改善。

B. 自願同意：

1. 在醫生或醫療專業人員認為必須或有需要的情況下，接受其他或進一步的醫療程序/治療、檢驗及檢查。
2. 如有需要，除上述醫生外，可能需要其他醫生或醫療專業人員參與是項手術/介入性醫療程序；
3. 醫院可用其認為適當的方式，處理由手術/介入性醫療程序下切除的身體器官或組織。這些器官或組織可能被棄置，或先作病理化驗，然後被棄置；
4. 此項手術/介入性醫療程序可能會被攝影或錄影以作存檔或教學用途，如屬後者，病人之身份將不會被公開或識別。

本人確認收到有關此項手術/介入性醫療程序的資料單張 (已附單張)，並已閱讀及完全明白其內容。

病人簽署 _____ 父母/監護人簽署 _____ 日期 (日-月-年) _____

見證人簽署 _____ 見證人姓名 (及職員職級，如適用) _____ 日期 (日-月-年) _____

醫生聲明：本人已向上述之病人/病人的父母或監護人解釋此項手術/介入性醫療程序的性質、影響、效果、風險及併發症，並已解答其提出的有關問題。據本人所理解，病人/病人的父母或監護人已獲得充分的資料及已簽妥同意書，而這些資料亦已記錄在病人的病歷內。

醫生簽署 _____ 醫生姓名 _____ 日期 (日-月-年) _____

傳譯員 (如適用) 姓名：_____ 語言/方言：_____ 簽署：_____ 日期：_____

