

接受麻醉同意書

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 _____

本人在此同意接受下列麻醉方式為我/病人施行 _____

麻醉類別 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. 完全明白此項麻醉程序，包括：

1. 一般風險及併發症：常見之輕微併發症包括但不僅限於嘔心及嘔吐、一般疼痛、顫抖、頭疼、頭暈、手術後及注射部位之疼痛及喉嚨的疼痛；
2. 因麻醉而導致之嚴重併發症並不常見，而有關的併發症包括但不僅限於呼吸困難、因中風或腦部受損而引起的永久性傷殘、心臟受壓而引起的心臟病、藥物性過敏反應、全身麻醉情況下仍保持清醒、牙齒及口唇受損，個別嚴重併發症可導致死亡；
3. 針對病人的風險因素：風險會因病人個別情況而上升包括糖尿病、高血壓、心臟病、腎病、呼吸系統疾病包括哮喘、感冒、吸煙、過重及年老；
4. 區域/脊柱/局部/硬膜外麻醉之風險及併發症並不常見，當中包括：
 - a. 麻醉未能發揮作用，而需要額外麻醉；
 - b. 麻醉過強而需要心腦血管及呼吸輔助；
 - c. 脊柱/硬膜外麻醉後之頭疼；
 - d. 注射位置疼痛、出血或感染；
 - e. 脊柱、鄰近神經、血管或器官損傷；
 - f. 兩下肢麻痺或麻痺；

B. 我/我們確認：

1. 醫生已解釋本人/病人所需之麻醉程序、效果及相關之風險。本人明白有關麻醉之風險，包括針對本人/病人情況之風險及可能導致之效果；
2. 醫生已解釋其他麻醉方案及有關效果及風險；
3. 本人明白此文件未能徹底地列出所有併發症/風險，其他不常見之併發症可能並未包括在內；
4. 本人明白向本人解釋之醫生不一定親自為本人/病人施行有關麻醉；
5. 本人明白若有關麻醉效果未如理想，醫生可能替本人/病人施行其他麻醉方案；

基於上述說明，本人同意/同意病人接受有關麻醉。

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麻醉程序的性質、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: _____

