

Name of Patient: _____
HKID: _____ M/F Age: _____ DOB: _____
Dr.: _____ Date of Admission: _____
Bed / Patient No.: _____ / _____

甲部
接受內視鏡同意書

(A) 本人 _____ (病人姓名), 身份證 / 護照號碼 _____ 在此同意
接受以下項目

或

(B) 本人 _____ (簽署人姓名), 身份證 / 護照號碼 _____, 為病
人 _____ (病人姓名) 的父親 / 母親 / 親屬 / 監護人, 在此代表病人同意接
受以下項目

- 胃內視鏡檢查 ± 活組織檢查 ± 息肉切除術 ± 止血術
- 結腸內視鏡檢查 ± 活組織檢查 ± 息肉切除術 ± 止血術
- 乙狀結腸內視鏡檢查 ± 活組織檢查 ± 息肉切除術 ± 止血術
- 氣管內視鏡檢查 ± 活組織檢查 ± 止血術
- 膀胱鏡 ± 活組織檢查 ± 止血術
- 內視鏡逆行性膽管胰腺造影 ± 括約肌切開術 ± 取石術 ± 置入支架 ± 止血術 ± 活組織檢查
- 其他: _____ (手術名稱)

由 _____ 醫生施行, 並使用局部麻醉 / 靜脈注射麻醉藥物 /
監察麻醉 / 無麻醉方式 / 全身麻醉。

(1) 有關此醫療程序之資料, 包括:

- (a) 需要進行是項醫療程序之原因。
- (b) 是項醫療程序之性質。
- (c) 是項醫療程序可能引致的危險及併發症, 包括但不限於出血、傷口感染、肺炎、其他感染、心臟病發、中風、大腿靜脈栓塞、肺血管栓塞、以及死亡。
- (d) 是項醫療程序及與病人情況有關之潛在危險及併發症。
- (e) 其他治療方法及不接受治療所帶來的後果。
- (f) 是項醫療程序在進行中或完成後可能需要額外的治療 / 手術, 包括深切治療; 血液或血液製品輸入; _____。
- (g) 在施行是項手術期間, 如醫生認為應作進一步的手術, 或須施行另一項手術, 本人亦同意進行。

(2) 有關麻醉之風險及併發症:

- (a) 一般風險及併發症
 - ◆ 常見之輕微併發症包括但不限於噁心及嘔吐、一般疼痛、顫抖、頭痛、頭暈、手術後及注射部位之疼痛、喉嚨的疼痛。
 - ◆ 因麻醉而導致之嚴重併發症並不常見。有關併發症包括但不限於呼吸困難、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

(b) 針對該病人之風險

- ◆ 風險會因病人個別之情況而提升，其中包括糖尿病、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。

(3) 本人明白及確認

- (a) 在簽署此同意書前，已明白此文件不能徹底列出所有併發症 / 風險，其他不常見之併發症可能並未包括在內。
- (b) 如有需要，除上述醫生外，可能需要其他醫生參與是項手術 / 醫療程序。
- (c) 若在手術期間有身體器官或組織被切除，這些器官或組織如需要會先作病理化驗，然後會被適當地棄置或儲存。
- (d) 是項手術 / 醫療過程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。
- (e) 進行是項手術 / 醫療程序，並不保證病人情況或以後病況會改善。

(4) 本人確認收到有關是項手術 / 醫療程序的資料單張 (口 已附單張)，並已閱讀及完全明白其內容。

(5) 本人明白及接受麻醉後在沒有成年人陪同下離開醫院，須自行承擔風險。

病人 / 父母 / 親屬 / 監護人姓名

見證人姓名

病人 / 父母 / 親屬 / 監護人簽署

見證人簽署

身份証/護照號碼： _____

與病人關係： _____

日期: _____

日期: _____

醫生聲明： 本人已向上述之病人 / 父母 / 親屬 / 監護人 解釋是項手術 / 醫療程序的性質、風險及效益，並已解答其提出的有關問題。據本人所理解，病人 / 父母 / 親屬 / 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。

醫生姓名

醫生簽署

日期: _____

翻譯： 本人 _____ (翻譯員姓名) 已向病人 / 父母 / 親屬 / 監護人如實地及清楚地將此同意書的內容翻譯 _____ (語言或方言)。

翻譯員簽署： _____

日期： _____