

Name \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_

Ward / Bed No. \_\_\_\_\_ Hospital No. \_\_\_\_\_

## 接受血液透析程序同意書

(A) 本人\_\_\_\_\_ (病人姓名)，在此同意接受血液透析治療，如在治療期間必須要作進一步之藥物及靜脈輸入，本人亦同意。

(B) 本人\_\_\_\_\_ 為\_\_\_\_\_ (病人姓名) 之 配偶 / 兒子 / 女兒 / 監護人，在此代表病人同意接受血液透析治療，如在治療期間必須要作進一步之藥物及靜脈輸入，本人亦同意。

(1) 有關血液透析治療程序之資料，包括：

a) 需要進行是項血液透析治療程序之原因；

b) 是項血液透析治療程序之性質；

c) 是項血液透析治療程序可能出現的一般風險或併發症: 包括血壓低、肌肉抽搐、噁心及嘔吐、頭痛、胸口痛、出血或出血傾向、動靜脈瘻管感染、血液透析導管感染、發熱或寒顫；

d) 是項血液透析治療程序可能出現的嚴重風險或併發症: 過敏反應、透析不平衡症候群、心律不齊、痙攣、溶血症、腦出血、空氣栓塞、心臟停頓以及突然死亡；

e) 如不接受治療所帶來的後果及其他治療方法；

f) 額外治療：如在血液透析治療程序進行之前、進行中或完成後出現情況不穩定，可能需要施行即時治療，留院或深切治療。

g) 其他 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(2) 本人明白

a) 血液透析是一種持續性腎臟替代治療法以維持生命，並非一種治癒慢性腎衰竭的療法；

b) 如有需要，施行化驗檢測、放射性檢查或外科醫療程序以確保血液透析治療的效果。

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

\_\_\_\_\_  
病人 / 父母 / 監護人姓名

\_\_\_\_\_  
見證人姓名

\_\_\_\_\_  
病人 / 父母 / 監護人簽署

\_\_\_\_\_  
見證人簽署

身份証/護照號碼： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

**醫生聲明：** 本人已向上述之病人 / 簽署人 解釋是項血液透析治療的性質、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， \_\_\_\_\_ 已向簽署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： \_\_\_\_\_

註一 本表格應由成年病人簽署，如病人健康情況欠佳或病人未能簽署本表格，病人的父母 / 近親 / 監護人應予以簽署。

註二 若病人未滿十八歲，而能夠理解本表格的內容，病人可自行簽署。否則，病人的父母 / 近親 / 監護人應簽署本表格。在適當情況下，病人及其父母 / 近親 / 監護人均應共同簽署本表格。

註三 簽署本表格的醫生應為向病人/ 病人的父母 / 近親 / 監護人作出解釋的醫生。

註四 見證人應為醫院的護理人員或適合人士。