

Name _____

Age _____ Sex _____

Ward / Bed No. _____ Hospital No. _____

接受手術/入侵性醫療程序同意書

(A) 本人_____ (病人姓名)，在此同意接受由_____ 醫生為本人施行

並使用全身麻醉 / 局部麻醉 / 區域麻醉 / 監察麻醉 / 靜脈注射麻醉藥物 / 無麻醉方式。

或

(B) 本人_____ 為_____ (病人姓名) 之父親 / 母親
/ 親屬 / 監護人，在此代表病人同意接受由_____ 醫生
為其施行_____

並使用全身麻醉 / 局部麻醉 / 區域麻醉 / 監察麻醉 / 靜脈注射麻醉藥物 / 無麻醉方式。

(1) 有關此手術 / 醫療程序之資料，包括：

a) 需要進行是項手術 / 醫療程序之原因；

b) 是項手術 / 醫療程序之性質；

c) 是項手術 / 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) 是項手術 / 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) 是項手術 / 醫療程序在進行中或完成後可能需要的額外治療 / 手術，包括深切治療；
輸血；由微創轉為開腔手術_____。

(2) 本人明白

a) 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；

b) 若在手術期間有身體器官或組織被切除，這些器官或組織可能被棄置，或先作病理化驗，
然後被棄置；

c) 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；

d) 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。

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

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 / 簽署人 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)。

日期： _____

翻譯員簽署

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或施行手術的醫生。

註四 見證人應為醫院的護理人員或適合人士。