

## 乙部

### 病人接受麻醉同意書

\*\*\* 應與接受手術 / 入侵性醫療程序同意書同閱 \*\*\*

(1) (A) 本人\_\_\_\_\_ (病人姓名)，在此同意接受下列(2)所選之麻醉方式進行  
同意書 (甲部)之手術/程序。

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下列(2)所選之麻醉方式進行  
同意書 (甲部) 之手術/程序。

(2) 麻醉類別:

- 全身麻醉
- 監測麻醉
- 靜脈注射鎮靜劑
- 局部麻醉 / 表面麻醉
- 區域麻醉 (\* 脊髓 / 硬膜外 / \_\_\_\_\_ 麻醉)
- 以上可能之組合
- 其他: \_\_\_\_\_

(3) 有關麻醉之風險及併發症之資料：

(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

- ◆ 風險會因下列之病人個別情況而提升：  
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、年老

(c) 區域 / 脊髓 / 局部 / 硬膜外麻醉之風險 / 併發症並不常見，其包括:

- ◆ 麻醉 / 局部麻醉未能發揮作用，而需要額外麻醉

- ◆ 麻醉過廣而需要血循環及呼吸輔助
- ◆ 脊髓或硬膜外麻醉後之頭痛
- ◆ 注射部位疼痛、出血或感染
- ◆ 脊髓、鄰近神經、血管或器官之損傷
- ◆ 截癱 / 癱瘓

- (4) 本人確認在簽署此同意書前，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。
- (5) 本人明白如有需要，除以下簽署的醫生外，可能需要其他醫生參與施行麻醉程序。
- (6) 本人確認收到有關是項麻醉程序的資料單張 (已附單張)，並已閱讀及完全明白其內容。

\_\_\_\_\_  
病人 / 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/月/年)

日期： \_\_\_\_\_(日/月/年)

**醫生聲明：**本人已向上述簽署者解釋是項麻醉程序的性質、風險及效益，並已解答其提出的有關問題。據本人所理解，上述簽署者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。

\_\_\_\_\_  
負責麻醉之醫生(1)簽署

\_\_\_\_\_  
負責麻醉之醫生(2)簽署

醫生姓名： \_\_\_\_\_

醫生姓名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_(日/月/年)

日期： \_\_\_\_\_(日/月/年)

**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成 \_\_\_\_\_(語言或方言)。

\_\_\_\_\_  
翻譯員簽署

日期： \_\_\_\_\_(日/月/年)