

接受手術/入侵性醫療程序同意書

(1)(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 / 區域麻醉 / 局部麻醉 / 監察麻醉 / 靜脈注射麻醉藥物 / 無麻醉方式。

或

(1)(B) 本人， _____ 為 _____ (病人姓名)之父親 / 母親 /
監護人，在此代表病人同意接受由 _____ 醫生替其施行
_____ 並使用
全身麻醉 / 區域麻醉 / 局部麻醉 / 監察麻醉 / 靜脈注射麻醉藥物 / 無麻醉方式。

(2) 本人確認在簽署此同意書前，已獲得有關此手術 / 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

(請 適用項目或列明其他適用之治療 _____)

(3) 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

(4) 若是進行絕育手術，本人明白手術後可能仍有生育能力 (如不適用可刪除).

(5) 本人確認收到有關是項手術/醫療程序的資料單張(附頁)，並已閱讀及完全明白其內容 (如不適用可刪除)

病人 / 父母 / 監護人簽署

身份証/護照號碼：_____

日期：

見證人簽署

(證明病人/父母/監護人簽署之見證人)

日期：

醫生聲明：本人已向上述之病人解釋是項手術/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。

醫生簽署

日期：

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：