

## 接受麻醉程序同意書

### 一. 簽署人資料

病人的姓名在本表格右上方。

簽署本同意書之人士為：(請在適當空格內加上“☑”號)

- 病人本人
- 未成年病人 (未滿十八歲) 的父母或監護人
- 根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代其同意，接受院方建議的治療的法定監護人

\_\_\_\_\_  
父母 或 監護人姓名 (中文)

\_\_\_\_\_  
父母 或 監護人姓名 (英文)

\_\_\_\_\_  
父母 或 監護人香港身份證 / 身份證明文件號碼

### 二. 手術 / 治療 / 醫療程序的名稱

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 三. 麻醉種類 (請在適當空格內加上“☑”號)

- 全身麻醉
- 區域性麻醉 (請說明： 脊椎  硬脊膜外  神經叢)
- 硬脊膜外鎮痛
- 其他 (請說明)：\_\_\_\_\_
- 綜合以上
- 監察麻醉護理 / 鎮靜注射

### 四. 麻醉科醫生解釋麻醉程序

簽署本同意書的麻醉科醫生已對簽署人就麻醉的性質、影響、效果、普遍或麻醉獨有的風險及併發症解釋清楚。麻醉科醫生有清楚解釋麻醉的風險有可能會因應病人本身因素及患有內科疾病而增加。麻醉科醫生已解釋較常見的麻醉問題，包括噁心、嘔吐、全身疼痛、頭痛和喉嚨痛等，有時也可能傷及牙齒和唇部。麻醉科醫生亦已解答簽署人所提出的疑問和問題。

病人本身因素及患有內科疾病、手術的麻醉或手術後鎮痛可能引起的重要風險併發症，包括罕見而有嚴重後果的風險 / 併發症 (如適用)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 五. 資料單張 (如適用，請在適當空格內加上“☑”號)

- 本人確認收到有關麻醉的資料單張 (見附件)，並已閱讀及完全明白其內容

Hosp No. : HKID No.:  
Case No. :  
Name :  
DOB : M / F  
Adm Date :  
Contact No.:

## 接受麻醉程序同意書

### 六. 同意接受麻醉

作為病人 / 病人的父母或監護人 / 根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代其同意接受治療的法定監護人及本同意書之簽署人，我 / 我們：

1. 同意 / 同意病人接受有關手術 / 介入醫療程序而需要的麻醉程序。
2. 負責解釋的麻醉科醫生已向我 / 我們詳細解釋此項麻醉程序的影響、風險及併發症。我 / 我們完全明白有關的解釋。我 / 我們完全明白有關的解釋。
3. 明白其他種類的麻醉程序及其效果與風險。
4. 同意 / 同意病人在麻醉科醫生認為必須或有需要情況下，接受全身、局部或其他麻醉程序。就以上所述，我 / 我們同意病人接受其他麻醉程序，並明白其效果與風險。
5. 同意 / 同意病人接受麻醉科醫生認為必須或有需要的檢驗及檢查。
6. 明白麻醉會有不能預算極罕有的風險和併發症。
7. 明白院方並無保證有關麻醉程序以及進一步麻醉程序將由特定的麻醉科醫生進行。
8. 同意如上述麻醉程序改期，本同意書在簽署後 180 日內或於同一次入院期間仍然有效。
9. 明白如果我 / 我們有其他問題，可以向院方詢問；我 / 我們在簽署這份文件後有權改變主意。

簽署人簽署

麻醉科醫生簽署

見證人簽署 (如適用)

簽署人姓名

麻醉科醫生姓名

見證人姓名 (如適用)

簽署日期

簽署日期

簽署日期 (如適用)

### 此欄由翻譯人員填寫 (如適用，請填寫下列資料)

本人 \_\_\_\_\_，\_\_\_\_\_ 已如實地及清楚地將此  
翻譯人員姓名 翻譯人員香港身份證 / 身份證明文件號碼

同意書的內容翻譯成 \_\_\_\_\_ 向簽署者翻譯。  
翻譯人員所用語言 / 方言

翻譯人員簽署

簽署日期

註：本同意書之內容乃根據英文版同意書翻譯而成，所有內容以英文版為準。如有見證人，見證人必須參與從解釋到簽署表格的整個過程。

