Gleneagles Hospital
HONG KONG
港怡醫院

接受手術 / 治療 / 醫療程序同意書

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

For Clinic Use
Please fill in or affix out-patient label

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 醫生解釋手術 / 治療 / 醫療程序 *(請確保病人能準確讀出手術／程序名稱)*

病人接受的手術 / 治療 / 醫療程序的名稱及性質：

_____

_____

_____

三 與手術 / 治療 / 醫療程序有關的重要風險及併發症 *(如適用)*

_____

_____

四 由負責手術之醫生施行的麻醉種類 *(請在適當空格內加上"☑"號)*

☐ 無須麻醉 ☐ 不適用 (請參見'接受麻醉程序同意書')

☐ 局部麻醉 ☐ 靜脈鎮靜麻醉 ☐ 其他麻醉 (請說明): _____

與麻醉有關的重要風險及併發症 *(如適用)*

_____

_____

五 在手術 / 治療 / 醫療程序中可能需要的其他相關治療 *(請在適當空格內加上"☑"號)*

☐ 不適用 ☐ 輸血 ☐ 深切治療護理

☐ 其他治療程序或治療方法 (請說明)：_____

六 病人需要先作討論才可進行的其他治療程序 *(如適用)*

_____

_____

七 資料單張 *(如適用，請在適當空格內加上"☑"號)*

☐ 本人確認收到有關程序或手術的資料單張 (見附件)，並已閱讀及完全明白其內容

接受手術 / 治療 / 醫療程序同意書

Gleneagles Hospital
HONG KONG
港怡醫院

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

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

For Clinic Use
Please fill in or affix out-patient label

八 同意接受手術 / 治療 / 醫療程序 *(第 11 及 12 項條款，如不適用，可刪除)

本人 / 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. 同意病人接受同意書上所述的手術/治療/醫療程序。
2. 負責簽署本同意書的醫生已向我 / 我們詳細解釋此項手術 / 治療 / 醫療程序的性質、影響、效果、風險及併發症。我 / 我們完全明白有關的解釋。
3. 負責簽署本同意書的醫生已向我 / 我們解答我 / 我們提出的疑問。我 / 我們完全明白有關的解釋。
4. 明白其他相關種類的手術 / 治療 / 醫療程序及其效果與風險。
5. 同意病人在醫生認為必須或有需要的情況下，接受其他進一步的手術、醫療程序或治療。
6. 明白醫生已盡量為病人進行最適合病人情況之最佳的手術 / 治療 / 醫療程序，但這並不能保證可以改善或治癒病人。
7. 明白**不進行**手術 / 治療 / 醫療程序之後果。
8. 同意病人接受醫生認為必須或有需要的檢驗及檢查。
9. 同意如上述手術 / 治療 / 療程序改期，本同意書在簽署後 180 日內或於同一次入院期間仍然有效。
10. 明白手術 / 治療 / 醫療程序會有不能預算極罕有的風險和併發症。

* 11. 明白手術 / 治療 / 醫療程序期間可能會攝影或錄影以作醫療記錄、教學或研究用途。

* 12. 同意院方可用其認為適當的方式，處理由手術 / 治療 / 醫療程序切除的身體器官或組織。

13. 明白手術 / 治療 / 醫療程序會由特定的醫生協助進行。***(如適用，請列明協助醫生姓名):***

_____

本人 / 病人的父母或監護人明白如果我 / 我們有其他問題，可以向院方查詢；我 / 我們在簽署這份文件後有權改變主意。

_____	_____	_____
簽署人簽署	醫生簽署	見證人簽署 ***(如適用)***
_____	_____	_____
簽署人姓名	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 _____ (翻譯人員姓名) , _____ (香港身份證 / 身份證明文件號碼) 已如實地及清楚地將此同意書的內容翻譯成 _____ (所用語言 / 方言) 向簽署者翻譯。

_____	_____
翻譯人員簽署	日期

註：本同意書之內容乃根據英文版同意書翻譯而成，所有內容以英文版作準。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。