



此麻醉同意書有效期為六個月

第一部份

1. 本人_____ (病人姓名)接受由 _____ 醫生(進行程序醫生之姓名) 號碼 _____ 解釋/施行以下醫療程序及所需之麻醉方式：

或

2. 本人，_____，香港身份證/證件號碼_____ 是_____ (病人姓名)之父親 / 母親 / 監護人，同意病人在接受 _____ 醫生(進行程序醫生之姓名) 號碼 _____ 解釋/施行 以下醫療程序及所需之麻醉方式：

醫療程序(醫療程序之全寫) _____

_____，
並由**麻醉科醫生**(正楷)_____，號碼_____為病人解釋/施行下列

麻醉方式。(請 適用項目)

- 全身麻醉 (GA) 麻醉科醫生監察下 (MAC)
 區域麻醉(脊髓/硬脊膜外/其他) (Regional) 混合以上方式麻醉

第二部份

本人在簽署此同意書前，已了解接受麻醉的相關資料，包括下列各項：

1. 選擇施行麻醉方式的原因。
2. 一般施行麻醉的方法。
3. 常見潛在性施行麻醉後的副作用，例如：噁心、嘔吐、肌肉疼痛、顫抖、頭痛、傷口疼痛、注射藥物部位疼痛、喉嚨疼痛、眼部、牙齒或口唇受損及皮膚出疹等。
4. 與麻醉方式或病人體質相關之潛在風險及特殊的併發症例如：呼吸困難、肺炎、中風或腦部受損，可引致永久性傷殘或死亡、心肌勞損引致心臟病發生、全身麻醉之中仍然有清醒可能、藥物敏感引起過敏性反應、注射部位疼痛、出血、感染及損害鄰近的神經線、血管或組織等。

Patient's Label

Patient Name: _____

Hospital No: _____

Adm No/Episode No: _____



第三部份

1. 本人獲得醫生清楚解釋並完全明白，本人所接受麻醉方式之風險，包括特殊的風險及常見的後果。
2. 醫生清楚解釋其他麻醉的選擇及其相關的後果與風險。
3. 本人明白現引述麻醉程序的併發症及風險並非詳盡無疑，罕見的併發症未能盡錄。
4. 本人明白解釋“接受麻醉同意書”之麻醉科醫生並不代表會為本人施行麻醉。

基於以上的陳述，本人同意接受施行麻醉程序。

病人/父母/監護人姓名(正楷)

病人/父母/監護人簽署

日期

核實者姓名(正楷)/職位

核實者簽署

日期

第四部份

醫生聲明:

本人已向上述 病人/父母/監護人 解釋是項麻醉的方法、性質、風險及效益，並已解答其提出的相關問題。據本人所理解，病人/父母/監護人 已獲得足夠相關資料，並已簽妥此同意書，而這些資料會記錄在病人的病歷內。

麻醉科醫生姓名(正楷)

麻醉科醫生簽署

日期

翻譯員

本人，_____ (正楷)香港身份證/證件號碼_____ 已向

簽署人如實及清楚將此同意書的內容翻譯成_____ (語言或方言)。

翻譯員簽署

日期

「 Patient's Label

Patient Name: _____

Hospital No: _____

Adm No/Episode No: _____

」