



此同意書有效期為六個月

第一部份

1. 本人， _____ (病人姓名)，在此同意接受由 _____ 醫生(正楷)
(號碼為 _____) 為本人施行以下醫療程序：

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，在此同意接受由
_____ 醫生(正楷)(號碼為 _____) 替其解釋/施行以下醫療程序：

程序名稱 (是項醫療程序之全寫) _____

並以以下方式進行 (請 適用項目) *麻醉方式最後以麻醉科醫生之建議為準。

- 全身麻醉 局部麻醉 區域麻醉(脊髓/硬脊膜外/其他)
 靜脈注射麻醉藥物 麻醉科醫生監察下 無需麻醉

第二部份

本人確認在簽署此同意書前，已獲得有關是項醫療程序之資料，包括：

1. 原因及性質。
2. 可能引致之危險及併發症，包括出血、傷口感染、肺炎、其他感染、心臟病、中風、腿部靜脈栓塞、肺血管栓塞、以及死亡。
3. 與病人情況有關之潛在危險和併發症。
4. 其他治療方法及不接受治療所帶來的後果。
5. 在進行是項醫療程序中可能需要的其他治療/手術，包括(請 適用項目)：
 深切治療 輸血或血製品 產科程序 由微創轉為開腔手術

或列明 _____

Patient's Label

Patient Name: _____

Hospital No: _____

Adm No/Episode No: _____



第三部份

本人明白：

1. 如有需要，除上述醫生外，可能需要其他醫生參與是項醫療程序。
2. 在手術期間被切除的身體器官或組織(若有)，被攝影後可作病理化驗或棄置。
3. 是項醫療程序可能被攝影或錄影以作存檔或教學用途，如屬後者，病人之身份絕對不會被公開或識別。
4. 進行是項醫療程序後，並不保證病人情況或以後病況會改善。

第四部份

如進行絕育手術，本人明白此項絕育手術後，未必能永久維持不育。

第五部份 (如適用，請 此項目)

- 本人確認收到有關是項醫療程序的資料單張(附頁)，並已閱讀及完全明白其內容。
- 下列醫療程序可由護士或其他醫療人員施行，例如輸血或血製品、化學藥物治療、透析治療等：

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

第六部份

醫生聲明：

本人已向上述之病人解釋是項醫療程序的性質、風險、效益及費用；並已解答其提出的相關問題。據本人所理解，病人/父母/監護人已獲得充份的資料及已簽妥此同意書，而這些資料亦已記錄在病人的病歷內。

參與醫療程序之醫生姓名(正楷)

醫生簽署

日期

翻譯員

本人， _____ 姓名(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: _____