香港浸信會醫院
Hong Kong Baptist Hospital

接受手術/醫療程序/治療同意書

第一部份

1. 本人，_____(病人姓名)，同意接受由 _____醫生(正楷)

(號碼為_____)為本人施行以下手術/醫療程序/治療：

或

2. 本人，_____香港身份證/旅行證件號碼_____

是 _____(病人姓名)之父親/母親/法定監護人，在此同意接受由 _____醫生(正楷)(號碼為_____) 替其解釋/施行以下手術/醫療程序/治療：

手術/醫療程序/治療名稱（是項醫療程序之全寫）_____

_____，

並以以下方式進行（ 請 ☑ 適用項目）

☐ 無需麻醉

☐ 下述麻醉方式(以麻醉科醫生之最後建議為準)：

☐ 全身麻醉 ☐ 局部麻醉 ☐ 區域麻醉(脊椎/硬脊膜外/其他)

☐ 靜脈注射鎮靜 ☐ 監察麻醉

第二部份

本人/病人的父母或法定監護人，確認在簽署此同意書前，上述醫生已向我詳細解釋此項手術/醫療程序/治療，我完全明白有關的解釋，包括：

1. 此項手術/醫療程序/治療的性質、影響、效果、風險及併發症。
2. 一般與手術/醫療程序/治療可能引致之風險及併發症，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. 此項手術/醫療程序/治療與病人情況有關之潛在風險及併發症。包括：

_____

_____

_____

4. 其他治療方法及不接受治療所帶來的後果。
5. 此同意書伸展到同意/同意病人在醫生/醫療專業人員認為必須或有需要的情況下，接受其他或進一步的手術/醫療程序/治療，包括(請 ☑ 適用項目)：

☐ 深切治療 ☐ 輸血或血製品 ☐ 產科程序

☐ 由微創轉為開放式手術

☐ 列明 _____

_____

Patient's Label
Patient Name: _____
Hospital No:_____
Episode No:_____

香港浸信會醫院
Hong Kong Baptist Hospital

接受手術/醫療程序/治療同意書

第三部份

本人明白並同意：

1. 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/治療。
2. 醫生或院方可用其認為適當的方式，處理由在手術/醫療程序/治療下切除的身體器官或組織，包括棄置或於攝影後送交病理化驗。
3. 是項手術/醫療程序/治療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. 進行是項手術/醫療程序/治療後，並不保證病人情況或以後病況必定會改善。
5. 如果我在簽署這份文件後有其他問題，可以向上述醫生詢問；我也有權在簽署這份文件後改變主意；但我明白在未向醫院或醫生通知改變主意之前，任何已實施的手術/醫療程序/治療仍然有效。

第四部份 （如適用，請 ☑ 此項目）

☐ 本人確認收到括號內手術/醫療程序/治療的資料，並已閱讀及完全明白其內容。

(_____)

_____	_____	_____
病人/父母/法定監護人姓名(正楷)	病人/父母/法定監護人簽署	日期

_____	_____	_____	_____
見証人姓名(正楷)	與病人之關係	見証人簽署	日期

第五部份

醫生聲明:

本人已向上述之病人解釋是項手術/醫療程序/治療的性質、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/法定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。

_____	_____	_____
手術/醫療程序/治療之醫生姓名(正楷)	醫生簽署	日期

翻譯員

本人，_____(正楷)香港身份證/旅行證件號碼_____

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:_____
Episode No:_____