



第一部份

1. 本人，_____ (病人姓名)，同意接受由 _____ 医生(正楷)
(号码为 _____) 为本人施行以下手术/医疗程序/治疗：

或

2. 本人，_____ 香港身份证/旅行证件号码 _____
是 _____ (病人姓名) 之父亲/母亲/法定监护人，在此同意接
受由 _____ 医生(正楷)(号码为 _____) 替其解释/施行以下手术/医
疗程序/治疗：

手术/医疗程序/治疗名称 (是项医疗程序之全写) _____

并以 ([input checked="" type="checkbox"]) 以下方式进行 (请 [input checked="" type="checkbox"]) 适用项目)

无需麻醉

下述麻醉方式(以麻醉科医生之最后建议为准)：

全身麻醉

局部麻醉

区域麻醉(脊椎/硬脊膜外/其他)

静脉注射镇静

监察麻醉

第二部份

本人/病人的父母或法定监护人，确认在签署此同意书前，上述医生已向我详细解释此项手术/医疗程序/治疗，我完全明白有关的解释，包括：

1. 此项手术/医疗程序/治疗的性质、影响、效果、风险及并发症。
2. 一般与手术/医疗程序/治疗可能引致之风险及并发症，包括出血、伤口感染、肺炎、其他感染、心脏病、中风、腿部静脉栓塞、肺血管栓塞、以及死亡。
3. 此项手术/医疗程序/治疗与病人情况有关之潜在风险及并发症。包括：

4. 其他治疗方法及不接受治疗所带来的后果。

5. 此同意书伸展到同意/同意病人在医生/医疗专业人员认为必须或有需要的情况下，接受其他或进一步的手术/医疗程序/治疗，包括(请 [input checked="" type="checkbox"]) 适用项目)：

深切治疗 输血或血制品 产科程序

由微创转为开放式手术

列明 _____

Patient's Label

Patient Name: _____

Hospital No: _____

Episode No: _____



第三部份

本人明白并同意：

1. 如有需要，除上述医生外，可能需要其他医生参与是项手术/医疗程序/治疗。
2. 医生或院方可用其认为适当的方式，处理由在手术/医疗程序/治疗下切除的身体器官或组织，包括弃置或于摄影后送交病理化验。
3. 是项手术/医疗程序/治疗可能被摄影或录影以作存档或教学用途，如属后者，病人之身份绝对不会被公开或识别。
4. 进行是项手术/医疗程序/治疗后，并不保证病人情况或以后病况必定会改善。
5. 如果我在签署这份文件后有其他问题，可以向上述医生询问；我也有权在签署这份文件后改变主意；但我明白在未向医院或医生通知改变主意之前，任何已实施的手术/医疗程序/治疗仍然有效。

第四部份 (如适用，请 此项目)

本人确认收到括号内手术/医疗程序/治疗的资料，并已阅读及完全明白其内容。

(_____)

病人/父母/法定监护人姓名(正楷)

病人/父母/法定监护人签署

日期

见证人姓名(正楷)

与病人之关系

见证人签署

日期

第五部份

医生声明：

本人已向上述之病人解释是项手术/医疗程序/治疗的性质、风险、效益及费用；并已解答其提出的相关问题。据本人所理解，病人/父母/法定监护人已获得充份的资料及已签妥此同意书，而这些资料亦已记录在病人的病历内。

手术/医疗程序/治疗之医生姓名(正楷)

医生签署

日期

翻译员

本人，_____ (正楷) 香港身份证/旅行证件号码 _____

已向签署人如实及清楚将此同意书的内容翻译成 _____ (语言或方言)。

翻译员签署

日期

「 **Patient's Label** 「

Patient Name: _____

Hospital No: _____

Episode No: _____

」