



第一部份

1. 本人_____ (病人姓名) 接受由 _____ 医生 (进行程序医生之姓名) 号码 _____ 解释/施行以下手术/医疗程序/治疗及所需之麻醉方式：

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，同意病人在接受 _____ 医生 (进行程序医生之姓名) 号码 _____ 解释/施行以下手术/医疗程序/治疗及所需之麻醉方式：

手术/医疗程序/治疗(全写) _____

并由麻醉科医生(正楷) _____，号码 _____ 为病人解释/施行下列

麻醉方式。(请 适用项目)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 全身麻醉 (GA) | <input type="checkbox"/> 麻醉科医生监察下 (MAC) |
| <input type="checkbox"/> 区域麻醉(脊椎/硬脊膜外/其他) (Regional) | <input type="checkbox"/> 混合以上方式麻醉 |

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，上述麻醉科医生已向我详细解释建议的麻醉方式，包括：

1. 选择施行麻醉方式的原因。
2. 一般施行麻醉的方法。
3. 常见潜在性施行麻醉后的副作用，例如：恶心、呕吐、肌肉疼痛、颤抖、头痛、伤口疼痛、注射药物部位疼痛、喉咙疼痛、眼部、牙齿或口唇受损及皮肤出疹等。
4. 不常见但与麻醉方式或病人体质相关之潜在风险及特殊的并发症例如：呼吸困难、肺炎、中风或脑部受损，可引致永久性伤残或死亡、心肌劳损引致心脏病发生、全身麻醉之中仍然有清醒可能、药物敏感引起过敏性反应、注射部位疼痛、出血、感染及损害邻近的神经线、血管或组织等。
5. 其他风险或并发症：

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



第三部份

本人又确认:-

1. 本人获得麻醉科医生清楚解释并完全明白，本人所接受麻醉方式之风险，包括特殊的风险及常见的后果。
2. 麻醉科医生清楚解释其他麻醉的选择及其相关的后果与风险。
3. 本人明白现引述麻醉程序的并发症及风险并非详尽无疑，罕见的并发症未能尽录。
4. 本人明白解释“接受麻醉同意书”之麻醉科医生并不代表会为本人施行麻醉。
5. 如果我在签署这份文件后有其他问题，可以向上述麻醉科医生询问；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或麻醉科医生通知改变主意之前，任何已实施的麻醉程序仍然有效。

第四部份 (如适用，请 此项目)

本人确认收到是项麻醉方式的资料，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

麻醉科医生声明:

本人已向上述 病人/父母/法定监护人 解释是项麻醉的方法、性质、风险及效益，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 已获得足够相关资料，并已签妥此同意书，而这些资料会记录在病人的病历内。

麻醉科医生姓名(正楷)	麻醉科医生签署	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: _____