

病人資料 (或貼上病人標籤)
病人號碼:
病人姓名:
性別: 年齡:
床號.: 主診醫生:

SPHF-OTCSC-001



St. Paul's Hospital

聖保祿醫院

病人接受手術/入侵性步驟同意書

*此同意書之有效期為簽署後之 180 天 (6 個月)

第一部份 - 簽署人資料:

- 病人本人
- 未成年病人之家長 / 監護人
- 病人按精神健康條例下之合法監護人
- 代作決定者 (請註明稱號或與病人關係) _____

香港身分證 /

簽署人姓名* _____ 身分證明文件 號碼 _____

第二部份 - 翻譯員

- 翻譯員(如需要)在現場

香港身分證 /

翻譯員姓名* _____ 身分證明文件 號碼 _____

第三部份 - 所進行手術之名稱或描述

第四部份 - 手術之風險及併發症

1. 手術之一般風險

- 1.1. 出血
 - 1.2. 傷口感染
 - 1.3. 肺部 / 其他部位之感染
 - 1.4. 心臟病
 - 1.5. 中風
 - 1.6. 腳部深層靜脈栓塞而轉致肺血管栓塞
- 在少數情況下, 可因嚴重併發症而導致死亡

2. 針對該手術之風險及併發症

3. 有關該病人之特殊風險(風險因素)

4. 在該手術進行中 / 後可能需要之手術 / 治療 / 處理

- 深切治療
- 輸血
- 開放手術 (適用於微創 / 內視鏡手術)
- 其他 手術 / 步驟 / 治療: _____

- 簽署人拒絕病人在沒有進一步之同意下進行以下可能需要之其他手術 / 步驟 / 治療 (可致命之情況除外): _____

*請用正楷書寫

第五部份. 同意書:

本人確認:

1. 就本人所知, 本人所給予醫療人員之資料為正確及真實。本人明白任何遺漏或不正確之資料可導致嚴重之醫療併發症及影響手術風險評估之準確性。
2. 醫生已解釋本人 / 病人之情況、建議手術之目的、效果、及風險。本人明白該手術之風險, 包括有關本人 / 病人之特殊風險, 及手術之預期效果。
3. 醫生已解釋其他治療方案及相關之效果及風險。
4. 本人明白此文件未能徹底列出所有併發症 / 風險, 其他不常見之併發症可能並未包括在內。
5. 醫生已解釋本人 / 病人不接受是項手術之預期結果。
6. 本人有機會向醫生提出有關病情之問題及顧慮, 包括有關手術及風險、與其他治療方案, 並已與醫生討論及得到滿意的回覆。
7. 本人明白除主診醫生外, 其他醫生有可能參與有關手術。
8. 本人明白在手術中切除之組織或器官有可能被送作病理測試及 / 或按程序棄置。
9. 本人明白在手術過程中, 醫生有可能因救治生命 / 四肢 / 器官而進行其他手術 / 程序。
10. 本人明白在手術過程中, 醫生可能拍攝相片或作其他記錄以作醫療及教育用途 (除面部手術外, 病人之樣貌不會在任何視像記錄中出現)。
11. 本人明白儘管醫生會確保手術符合本人 / 病人最佳利益, 但不能保證治癒 / 改善本人 / 病人之病情。

基於上述說明, 本人同意進行有關手術。

| | | |
|-----------------------|-------------|-------------|
| _____ 簽署者姓名* | _____ 簽署 | _____ 日期 |
| _____ 主診醫生姓名* | _____ 簽署 | _____ 日期 |
| _____ 見證人姓名* | _____ 簽署 | _____ 日期 |
| _____ 翻譯員姓名* (如適用) | _____ 簽署 | _____ 日期 |

*請用正楷書寫