



輸血治療同意書	ZPAB_MCS02_P	(V1) Sep 2013								
	Page No:	01 +10	02 +20	03 +30	04 +40	05 +50	06 +60	07 +70	08 +80	09 +90
Name: Pt No.: Case No.: Sex/Age: Unit Bed No: Case Reg Date & Time: Attn Dr:	<i>For Clinic Use</i> Please fill in / affix patient's label									
Name: Pt No.: Case No.: Sex/Age: Unit Bed No: Case Reg Date & Time: Attn Dr:	<i>For In-patient Use</i> Please fill in / affix patient's label									

IA. 本人 _____ *身份證號碼 / 護照號碼 _____ 同意醫生建議接受輸入血液或血液成份作為醫療程序 / 治療用途。

或

IB. 本人 _____ *身份證號碼 / 護照號碼 _____ 為病人 _____
 *父親 / 母親 / 監護人，代表病人同意醫生建議接受輸入血液或血液成份作為醫療程序 / 治療用途。

II. 已給與病人的資訊單 (如適用) 醫療程序預知 – 輸血簡介

III. 同意

- 本人同意接受輸入血液或血液成份作為對本人 / 病人的醫療程序/治療用途。有關輸入血液或血液成份的需要及風險，已向本人解釋清楚明白。
- 本人亦明白輸血未必一定能產生預期的效果。在緊急需要輸血的情況下，未必有足夠時間進行配血測試，有可能要輸入當時血庫存有但與病人的血型不是完全吻合的血液或血液成份。
- 本人同意及明白聖保祿醫院及醫生不能對血液或血液成份的品質作出任何保證及不會對血液或血液成份負上任何的法律責任。
- 醫生已向本人解釋不接受輸血治療之預期結果。

病人 / 父母 / 監護人簽署 _____ 日期 _____

見證人簽署 _____ *姓名 _____ 日期 _____

醫生聲明：本人已向上述簽署者解釋是項醫療程序的性質、風險及效益，並已解答其提出的有關問題。據本人所理解，上述簽署者已獲得充分的資料及已簽妥同意書，而這些資料亦已記錄在病人的病歷內。

醫生簽署 _____ *姓名 _____ 日期 _____