聖保祿醫院
St. Paul's Hospital

ZOTG_MCS08_P	(V2) Feb 2014

接受手術/介入性醫療程序同意書

Page No:	01	02	03	04	05	06	07	08	09
	+10	+20	+30	+40	+50	+60	+70	+80	+90

Visit No.: Dept.:
Name: Sex/Age:
Doc. No.: Adm. Date:
Attn. Dr.:
Patient No.: PN

Please fill in / affix patient's label

I. 簽署人資料

☐ 病人本人

☐ 未成年病人之家長或監護人

☐ 根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代同意，接受院方建議的手術 / 介入性醫療程序的法定監護人

☐ 其他 (請註明稱號或與病人關係) _____

_____ _____

*簽署人姓名 香港身份證號碼 / 護照號碼

II. 傳譯員(如適用)

_____ _____

*傳譯員姓名 香港身份證號碼 / 護照號碼

III. 手術 / 介入性醫療程序

病人接受的手術 / 介入性醫療程序名稱或性質： _____

_____

IV. 有關手術 / 介入性醫療程序之風險和併發症有關手術 / 介入性醫療程序之風險和併發症

1. 傷口出血或感染
2. 肺部 / 其他部位之感染
3. 心臟病或中風
4. 腳部深層靜脈栓塞。若栓塞血塊脫落流到肺部會做成肺血管栓塞。
5. 若發生嚴重併發症，病人可能在手術中或手術後死亡。

其他 (包括較罕見的嚴重併發症)：_____

在手術 / 介入性醫療程序進行中或完成後可能需要之其他治療

☐ 輸血 ☐ 深切治療 ☐ 其他(請註明) _____

病人需先作討論才可進行的其他治療程序： _____

V. 已給與病人的資訊單 (如適用) _____

VI. 如病人不接受此手術 / 介入性醫療程序，可有以下選擇和風險 (如有需要，可記錄在病歷內)

_____

*請用正楷書寫

聖保祿醫院
St. Paul's Hospital

ZOTG_MCS08_P	(V2) Feb 2014

接受手術/介入性醫療程序同意書

Visit No.:	Dept.:
Name:	Sex/Age:
Doc. No.:	Adm. Date:
Attn. Dr.:	
Patient No.: PN	Please fill in / affix patient's label

VII. 同意

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 / 介入性醫療程序之目的、效果、及風險。本人明白該手術 / 介入性醫療程序之風險，包括有關本人 / 病人之特殊風險，及手術 / 介入性醫療程序之預期效果。
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 / 介入性醫療程序之預期結果。
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/ 介入性醫療程序及風險、與其他治療方案，並已與醫生討論及得到滿意的回覆。
7. 本人明白除作是次解釋的醫生外，其他醫生有可能參與有關手術 / 介入性醫療程序。

   其他可能參與有關手術 / 介入性醫療程序的醫生是:_____(姓名) 及_____(醫生編號)。
8. 本人明白在手術 / 介入性醫療程序中切除之組織或器官院方會按程序棄置。若所切除之組織或器官需作化驗，院方會於手術後立即送驗，以求盡快獲取報告。
9. 本人明白在手術 / 介入性醫療程序過程中，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 / 介入性醫療程序過程中，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 / 介入性醫療程序符合本人 / 病人最佳利益，但不能保證治癒 / 改善本人 / 病人之病情。
12. 本人明白如果本人有其他問題，可以向醫生 / 院方詢問; 在簽署這份文件後有權改變主意。

基於上述說明，**本人同意 / 同意病人接受有關建議的手術 / 介入性醫療程序。**

_____	_____	_____
*簽署人姓名	簽署	日期
_____	_____	_____
*負責向簽署人解釋的醫生姓名	簽署	日期
_____	_____	_____
*見證人姓名	簽署	日期
_____	_____	_____
*傳譯員姓名 (如適用)	簽署	日期

*請用正楷書寫