

○○醫院（診所）麻醉同意書格式修正草案

*基本資料

病人姓名_____

病人出生日期_____年_____月_____日

病人病歷號碼_____

麻醉醫師姓名_____

一、擬實施之麻醉（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 外科醫師施行手術名稱：

2. 建議麻醉方式：

二、醫師之聲明

1. 我已經為病人完成術前麻醉評估之工作。

2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋麻醉之相關資訊，特別是下列事項：

麻醉之步驟。

麻醉之風險。

麻醉後，可能出現之症狀。

如另有麻醉相關說明資料，我並已交付病人。

3. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術涉及之麻醉問題，並給予答覆：

(1)

(2)

(3)

麻醉醫師簽名：

日期： 年 月 日

三、病人之聲明

1. 我了解為順利進行手術，我必須同時接受麻醉，以解除手術所造成之痛苦及恐懼。

2. 麻醉醫師已向我解釋，並且我已了解施行麻醉之方式及風險。

3. 我已了解附註之說明內容。

4. 針對麻醉之進行，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我同意進行麻醉。

立同意書人簽名：

關係：病患之

(立同意書人身分請參閱附註三)

住址：

電話：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

附註：

一、由於您的病情，手術是必要的治療，而因為手術，您必需同時接受麻醉，除輔助手術順利施行外，可以使您免除手術時的痛苦和恐懼，並維護您生理功能之穩定，但對於部分接受麻醉之病人而言，或全身麻醉，或區域麻醉，均有可能發生以下之副作用及併發症：

1. 對於已有或潛在性心臟血管系統疾病之病人而言，於手術中或麻醉後較易引起突發性急性心肌梗塞。
2. 對於已有或潛在性心臟血管系統或腦血管系統疾病之病人而言，於手術中或麻醉後較易發生腦中風。
3. 緊急手術，或隱瞞進食，或因腹內壓高（如腸阻塞、懷孕等）之病人，於執行麻醉時有可能導致嘔吐，因而造成吸入性肺炎。
4. 對於特異體質之病人，麻醉可引發惡性發燒（這是一種潛在遺傳疾病，現代醫學尚無適當之事前試驗）。
5. 由於藥物特異過敏或因輸血而引致之突發性反應。
6. 區域麻醉有可能導致短期或長期之神經傷害。
7. 其他偶發之病變。

二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

三、麻醉同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：

1. 病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由醫療法規定之人員（法定代理人、配偶、親屬或關係人）簽名。
2. 病人之關係人，原則上係指與病人有特別密切關係人，如同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。
3. 病人不識字、亦無配偶、親屬或關係人可簽手術同意書時，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。

四、同意書之簽具，亦得請病人之親友為見證人，如病人無配偶、親屬可為見證人時，可請其關係人為之，證明病人已同意簽署同意書。

五、醫療機構應於病人簽具手術同意書後一個月內，施行手術，逾期應重新簽具同意書，簽具手術同意書後病情發生變化者，亦同。

六、手術進行時，如發現建議手術項目或範圍有所變更，當病人之意識於清醒狀態下，仍應予告知，並獲得同意，如病人意識不清醒或無法表達其意思者，則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意。無前揭人員在場時，手術負責醫師為謀求病人之最大利益，得依其專業判斷為病人決定之，惟不得違反病人明示或可得推知之意思。

七、醫療機構為病人施行手術後，如有再度為病人施行相同手術之必要者，**配合手術需施行麻醉**，仍應重新簽具同意書。

八、醫療機構查核同意書簽具完整後，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。