

亞洲大學附屬醫院(AUH)

麻醉同意書

*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：

內視鏡檢查(胃鏡、大腸鏡)

2. 建議麻醉方式：

局部麻醉 區域/半身麻醉 全身麻醉

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：

麻醉之步驟及其他可替代之麻醉方式。

麻醉之風險。

麻醉後，可能出現之症狀。

術後止痛之衛教。

如另有麻醉相關說明資料，我並已交付病人。

可能需要置放之侵入性監測

動脈導管

中央靜脈導管

肺動脈導管

經食道超音波

相關說明資料已交付病人

3. 我已經告知病人另可聽取參考其他醫師的意見。

4. 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

時間： 時 分

一式二份：一份病歷留存、一份病人留存

民國 105 年 8 月 01 日病歷管理委員會審核通過

21.5×28cm

105.08

A55-003

MR-905

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，並且我已經了解施行麻醉之方式及風險。
3. 我已了解附註之麻醉說明書。
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：

住址：

日期： 年 月 日

關係：病人之

電話：

時間： 時 分

見證人：

日期： 年 月 日

簽名：

時間： 時 分

附註：麻醉說明書

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、見證人部分，如無見證人得免填載。