

減痛分娩同意書

馬偕紀念醫院

姓名：男 女
病歷號碼：年齡：
床號：身份：自費健保
職家牧家

一、擬實施之麻醉

(如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋)

1. 麻醉科醫師施行麻醉名稱：

減痛分娩麻醉

2. 建議麻醉方式：

硬脊膜外鎮痛

其他 _____

二、醫師之聲明

1. 我已經為病人完成麻醉前評估之工作。
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。
 - 減痛分娩麻醉相關說明資料，我並已交付病人。
3. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關減痛分娩麻醉問題，並給予答覆

(1) _____

(2) _____

麻醉醫師簽名：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

三、病人之聲明

1. 我了解為減輕產痛，我同意接受減痛分娩麻醉，以解除產痛所造成之痛苦和不良反應。
 2. 我已了解附註之麻醉說明。
 3. 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：病人之

住址： _____

電話： _____

日期： 年 月 日 時間： 時 分

見證人簽名(如無見證人得免填載)：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

附註：減痛分娩麻醉說明

一、因為劇烈的產痛，您同意接受減痛分娩麻醉，除減輕自然生產的疼痛外，可以使您減少產痛帶來的恐懼並維護您生理功能之穩定，對於接受硬脊膜外鎮痛之病人，有可能發生以下之副作用及併發症：

1. 施打部位有酸痛感。
2. 部分麻醉或是單側麻醉。
3. 皮膚癢，噁心嘔吐不適或是解尿困難等症狀。
4. 硬脊膜穿刺後頭痛。
5. 感染/硬脊膜外膿瘍。
6. 局部麻醉藥血管內注射中毒或硬脊膜下腔注射。
7. 暫時性（發生率 1/6,700）或永久性的神經損傷（發生率 1/240,000）。
8. 硬脊膜上血腫（發生率 1/168,000）。

二、減痛分娩麻醉的替代方案：不接受減痛分娩麻醉，由婦產科醫師評估給予其他之止痛藥。

三、任何不舒服症狀、風險或副作用發生時，請立即通知醫護人員。

四、本項治療完全自費，價格由馬偕紀念醫院訂定。

五、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。