

麻醉同意書

馬偕紀念醫院

姓名：男 女
 病歷號碼： — 年齡：
 床號：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. 外科醫師施行手術名稱：

2. 建議麻醉方式：

全身麻醉 半身麻醉 局部麻醉
其他 _____

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) _____

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. 我已了解附註之麻醉說明。
 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：麻醉說明

- 一、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，對於接受麻醉之病人，全身麻醉或區域麻醉(術中麻醉方式可能改變)，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、長時間手術或特殊手術體位，有可能導致感染、背痛、頭痛、短期或長期之神經傷害。
 7. 需要接受氣管插管之病患，可能存在牙齒損傷或掉落、流鼻血、術後喉嚨痛及聲音沙啞之風險。
 8. 其他偶發或侵入性處置(如動脈導管、中央靜脈導管、經食道超音波等)之潛在風險，如噁心嘔吐、肺擴張不全、術中甦醒、氣胸、心律不整、空氣栓塞、器官穿孔及內出血等。
- 二、為配合病人麻醉及手術安全，會給予適當的肢體約束。
- 三、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。