

# ○○醫院（診所）麻醉同意書

[Hospital \(Clinic\) Anesthesia Consent Form](#)

\*基本資訊：

患者姓名： \_\_\_\_\_

患者出生日期： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患者病歷號碼： \_\_\_\_\_

麻醉醫師姓名： \_\_\_\_\_

一、擬實施的麻醉（如醫學名詞不清楚，請加上簡要的解釋）

1. 外科醫師施行手術名稱：

2. 建議麻醉方式：

二、醫師聲明

1. 我已經為患者完成術前麻醉評估工作。

2. 我已經儘量以患者所能理解的方式，解釋了有關麻醉的資訊，特別是如下事項：

麻醉的步驟。

麻醉的風險。

麻醉後，可能出現的症狀。

麻醉相關說明資料，我已經遞交給患者。

3. 患者詢問了如下有關本次手術所涉及的麻醉問題，我已經提供了答覆意見。在整個溝通中，給予患者詢問的時間是充足的。

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

麻醉醫師簽名：  
日

日期： 年 月

時間： 時 分

三、患者聲明：

1. 本人理解到，為了順利進行手術，我必須接受麻醉，以解除手術所造成的痛苦及恐懼。
2. 麻醉醫師已向我解釋了麻醉的施行方式、實施麻醉的風險，本人對醫生的上述解釋已經完全理解。
3. 本人已經充分理解附注的麻醉說明書。
4. 針對麻醉的進行，我已經向醫師提出了問題和疑慮，並已經得到醫生完整的答覆說明。

基於上述聲明，我同意進行麻醉。

立同意書人簽名：

家屬簽名：

與患者的關係：

住址：

電話：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

見證人：

簽名：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

**附注：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，除了可以輔助手術順利施行以外，還可以使您免除手術時的痛苦和恐懼，並維護您生理功能的穩定。但，對於部分接受麻醉的患者而言，無論全身麻醉或者局部麻醉，均有可能產生以下的副作用及併發症：

1. 對於已有或潛在性心臟血管系統疾病的患者而言，于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的患者而言，在手術中或麻醉後比較容易發生腦中風。
3. 緊急手術，或隱瞞進食，或因腹內壓高（如腸阻塞、懷孕等）的患者，在執行麻醉時有可能導致嘔吐，由此可造成吸入性肺炎。
4. 對於特異體質的患者，麻醉可引發惡性發燒（這是一種潛在遺傳疾病，現代醫學尚無應對的麻醉前試驗）。
5. 由於藥物特異過敏或因輸血而引致的突發性反應。
6. 局部麻醉有可能導致短期或長期的神經傷害。
7. 其它偶發的病變。

二、若立同意書者不是患者本人的話，則必須在「與患者的關係欄」寫明與患者的關係。

三、見證人部分，若沒有見證人則不必填寫。

參考資料來源： 行政院衛生署網站公佈資料(另請翻譯人士翻譯)