

手術或其他侵入性程序治療同意書

CONSENT FOR SURGERY OR OTHER INVASIVE PROCEDURAL TREATMENT (TRADITIONAL CHINESE)

1. 手術：本人 _____ [患者姓名]，同意接受以下手術：

Day of Procedure

Verify patient consents to the documented procedure.

RN/Tech initials _____

Date _____

Time _____

_____ [手術描述]。

我的執業醫生已經和我進行了討論，我瞭解程序會涉及哪些事項，包括我可能接受麻醉或鎮靜程序，或二者均接受。我瞭解我有權力和責任做出醫療保健決定。我可能已收到其他教育資料。我已在自願情況下做出我的決定。

2. **風險：**我的執業醫生已與我討論過此次手術相關的特殊風險。如若發生此類風險，醫生的治療可能需要進行其他手術。我瞭解，任何手術都會帶來的常見風險包括，但不限於：中風、設備失效、感染、神經損傷、血凝塊、心臟病發作、過敏反應、呼吸衰竭、腎臟衰竭、出血和嚴重失血。這些風險的後果很嚴重，甚至可能致命。我瞭解並自願承擔這些風險。在我進行手術前，醫生將與我討論進行麻醉或鎮靜的相關風險和副作用。在我手術前，我需要簽署一份單獨的同意書，該同意書關於實施麻醉和鎮靜。
3. **替代方案：**我的執業醫生已向我解釋了此次手術的合理替代方案。他或她已與我討論了不進行此手術的風險和好處。瞭解這些資訊後，我選擇接受本同意書所描述的手術。
4. **好處：**我的執業醫生已與我討論了此次手術相關的可能好處。我瞭解，我能否獲得這些好處不是確定的。對於此次手術的結果，沒有人對我作出過任何保證。
5. **護理團隊：**我授權我的執業醫生， _____ [執業醫生姓名]，執行此次手術。我同意，執業醫生會接受護理團隊的輔助，團隊成員可能包括：麻醉提供者、護士、技術人員、醫療設備專家和外科手術團隊。外科手術團隊可能包括其他主治外科醫生、住院醫生、研究員、醫科學生或其他專職醫療保健專業人員。我授權這些副手或助手在上述醫生的指導下執行部分手術或程序。
6. **手術室人員到場情況：**我的執業醫生或其指定的另一位適當的合格提供者會在外科手術或侵入性手術的絕大部分時間裡（包括關鍵及重要環節）在場，一旦完成這些手術部分，醫生或該提供者便可離開手術室。我瞭解，如果上述執業醫生在我接受外科手術期間離開手術室，則該醫生或另一位合格的提供者會在需要的情況下隨時提供協助或監督我的手術情況。
7. **觀察員：**在我手術期間，我的執業醫生可能會允許觀察員進行觀察。他們不屬於護理團隊，不會參與護理服務。
8. **輸血：**我的執業醫生已與我討論了下方標記的此次手術相關輸血的可能性，以及即使輸血可能挽救生命之時我對輸血的優先選擇。
執業醫生：請勾選下列相關選項。此處的選擇不是同意或拒絕的證據；而是為這些決定的適當記錄提供指導。若繼續同意或拒絕輸血，請完成相關的單獨文件。
 預計此次手術不需要輸血。未進行輸血前檢測（血型及篩查）。不需要其他表格。
 輸血可能變為示意選擇。預計進行輸血前檢測（血型及篩查）。要記錄輸血同意書，請使用表格 #397073 - 輸血知情同意書。**
 即使輸血可能挽救生命之時，患者也不同意輸血。要記錄輸血拒絕書，請遵循適用的臨床標準：無血計劃：成年人或無血計劃：新生兒、兒科和成人依賴。**
9. **病理：**我接受任何試樣（如組織、血液、體液等）的檢查、處理或儲存，以供未來用於醫療學習和研究。適當的審查委員會將對任何涉及樣本的研究進行審查。我瞭解，我的組織或其他移植材料將不會退還給我。例外處理申請將根據具體個案進行審查。
10. **影片或照片記錄：**我瞭解，影片或照片記錄作為我的治療和/或診斷的一部分，可能對於臨床教學或專業出版物有用。我瞭解，如果以此種方式使用，為使我的身份不被暴露，將會對我的記錄進行編輯（簡稱為「去識別化」）。未經我的授權，我的影片或照片記錄將不會用於任何其他目的。
_____ (患者姓名首字母) 我拒絕允許在臨床教育或專業出版物中使用我已消除識別資訊的影片或照片記錄。

Day of Procedure

**Verify patient's signed documents are in the medical record.

RN/Tech initials _____

Date _____

Time _____

我對於此手術的所有問題均已得到滿意回答。在下方簽字即表示，我證實我同意接受此次手術。

簽名 (患者或法律代表)

正楷書寫姓名

日期

時間

關係 (若非患者本人)

執業醫生聲明：

我已向患者/法律代表解釋本文件的內容，並已回答患者的所有問題。據我所知所信，我已向該患者提供適當的資訊，我認為該患者已表示同意。

執業醫生簽名

正楷書寫姓名

日期

時間

是 — 口譯人員參與了此過程。

Consent Update

Patient consent validation, if patient signature date is greater than 90 days prior to the procedure date.

Practitioner initials _____

Date _____

Time _____

PATIENT LABEL



SEATTLE, WASHINGTON

Form 396230-CHINESE-TRADITIONAL Rev. 07/2018

手術或其他侵入性程序治療同意書