**○○醫院（診所）麻醉同意書格式**

＊基本資料

病人姓名 　出生日期 年 月 日 病歷號碼

一、擬實施之麻醉（以中文書寫，必要時醫學名詞得加註外文）

1.外科醫師施行手術名稱：

2.建議麻醉方式：

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。

□其他與麻醉相關說明資料，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）﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍

（3）﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍﹍

麻醉醫師

姓名：　　　　　　　　　　　　　　　　　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.我已了解麻醉可能發生之副作用及併發症。

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。**

立同意書人姓名：　　　　　　　　　　　　簽名：

（※若您拿到的是沒有醫師聲明之空白同意書，請勿先在上面簽名同意）

關係：病人之　　　　　　　　　　　　　　（立同意書人身分請參閱附註三）

身分證統一編號/居留證或護照號碼：

住址：

電話：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

--------------------------------------------------------------------------------

**附註：**

一、 手術過程中之麻醉，除輔助手術順利施行外，亦可免除手術時的痛苦和恐懼，並維護生理功能之穩定，但對於部分接受麻醉之病人而言，不論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，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，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可預知）。

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、麻醉同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：

1.病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。

2.病人之關係人，係指與病人有特別密切關係之人，如伴侶（不分性別）、同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。

3.病人不識字，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

四、 手術進行時，如發現建議麻醉項目或範圍有所變更，當病人之意識於清醒狀態下，仍應予告知，並獲得同意，如病人意識不清醒或無法表達其意思者，則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意。無前揭人員在場時，麻醉醫師為謀求病人之最大利益，得依其專業判斷為病人決定之，惟不得違反病人明示或可得推知之意思。

五、 醫療機構為病人施行手術後，如有再度為病人施行手術之必要，配合手術需施行麻醉者，仍應重新簽具麻醉同意書。

六、 醫療機構查核同意書簽具完整後，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。