

病歷號：
姓 名：
生日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院新竹醫院

National Taiwan University Hsin-Chu Hospital

中重度鎮靜止痛說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 1 頁

一份病友收執，一份夾存病歷

中重度鎮靜止痛說明書

這份說明書是有關您即將接受的中重度鎮靜止痛的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個醫療處置的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

鎮靜止痛之醫療處置：適應症/作法（簡述）

由靜脈注射、口服或其他途徑給予鎮靜止痛藥物。

鎮靜止痛之效益：（您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且鎮靜止痛效益與風險性間的取捨，應由您決定。）

免除或減輕因檢查或醫療處置所致之不適及疼痛。

鎮靜止痛可能之風險：（沒有任何醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。）

1. 對於已有或潛在性心臟血管系統疾病之病人而言，於檢查中或鎮靜止痛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，於檢查中或鎮靜止痛後較易發生腦中風。
3. 緊急之檢查治療，或隱瞞進食，或因腹內壓高（如腸阻塞、懷孕等）之病人，於執行鎮靜止痛時有可能導致嘔吐，因而造成吸入性肺炎。
4. 對於特異體質之病人，鎮靜可能引發惡性發燒（這是一種潛在遺傳疾病，現代醫學尚無適當之事前試驗），或其它過敏突發性反應如蕁麻疹，注射部位風疹塊和發紅，甚至過敏休克。
5. 使用的藥物可能會有的副作用反應如，呼吸抑制，低血壓，眩暈，噁心，心悸，頭痛等。
6. 在執行鎮靜止痛醫療處置時，可能會發生不可抗拒之傷害（如牙齒受損、牙齒掉落、皮膚過敏、皮膚受損等）。
7. 其它偶發之病變。

替代方案：（這個手術或醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術或醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。）

目前醫學文獻上並無替代方案。

不實施中重度鎮靜止痛可能的後果：可能因無法忍受檢查或醫療處置所致之不適及疼痛而影響檢查或醫療處置之進行。

病歷號：
姓名：
生日：西元 年 月 日

中重度鎮靜止痛說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 2 頁

一份病友收執，一份夾存病歷

(中重度鎮靜止痛說明暨同意書承上頁)

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

鎮靜止痛後離院建議事項說明

1. 為了維護病患安全接受鎮靜止痛應有至少一人成年家屬陪同。
2. 檢查後因鎮靜止痛藥物作用會有頭暈現象，應有家屬陪同，不宜自行開車或騎機車回家，當天不宜操作機械性工作。

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，包括下列事項：
①麻醉之步驟。②麻醉之風險。③麻醉後，可能出現之症狀。④另有麻醉相關說明資料，並已交付病人。
3. 我已經給予病人充足時間，詢問有關本次手術涉及之麻醉問題，並給予答覆：
_____。

醫師簽名：

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

中重度鎮靜止痛同意書

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，因_____，需接受**中重度鎮靜止痛處置**。立同意書人已經與醫師討論過接受中重度鎮靜止痛的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行中重度鎮靜止痛，並且保有此資料副本一份。

立同意書人： (簽章) 身分證字號：

與病人之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：_____

住址：_____ 電話：_____

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

(1.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2.若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。3.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，醫療緊急情況得由二名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可，得由警消人員、社工或志工或院內警衛簽署見證。)

見證人 1： (簽章) **見證人 2：** (簽章)

見證人 1 身分證字號： **見證人 2 身分證字號：**

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

副本交付人(院方)：_____ 簽收人(病人方)：_____

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分