

侵入性檢查(處置、治療)同意書

姓 名： 病歷號： 出生日：民國 年 月 日病床號：

【若已經懷孕或可能懷孕請先告知】

一、擬實施之檢查(處置、治療) (如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋)

1. 疾病名稱： _____
2. 建議檢查(處置、治療)名稱： _____
3. 建議檢查(處置、治療)原因： _____

二、檢查前停/用藥指示 (未依指示停/用藥，可能造成無法執行檢查)

1. 若有在服用影響凝血功能之保健食品或中草藥，建議至少停用七天。如：魚油、大蒜精、銀杏、納豆激酶、維生素E、輔酶Q10、葡萄糖胺、月見草油、亞麻籽油、人參、丹參、紅花、桃仁、莪朮、川七、沒藥、乳香、薑黃素等。
2. 其他需停用藥品(如：抗凝血、抗血小板藥品...等)，請依照醫師指示，進行停藥準備。

三、主治/開單醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查(處置、治療)之相關資訊，特別是下列事項：
 - ① 需實施檢查(處置、治療)之原因、方式與範圍、風險及成功率、輸血之可能性
 - ② 檢查(處置、治療)併發症及可能處理方式
 - ③ 如另有治療相關說明資料，我已交付病人或家屬
2. 我已經給予病人充足時間，詢問有關本次檢查(處置、治療)的問題，並給予答覆：

說明醫師： (簽章)

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

四、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，我已經瞭解這個檢查(處置、治療)的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解這個檢查(處置、治療)可能的預後情況和不進行治療的風險。
3. 我瞭解在檢查(處置、治療)過程中，如果因檢查(處置、治療)之必要而採取部份器官組織的檢體，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
4. 我瞭解這個檢查(處置、治療)可能是目前最適當的選擇。
5. 我已瞭解上述檢查(處置、治療)成功率或可能之併發症及危險，我同意進行此檢查(處置、治療)。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

Dalin Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation

6. 檢查時，應善盡醫療上必要之注意，若發生緊急情況，我同意接受必要之緊急處置。
7. 我已看過院方提供的檢查說明書暨準備須知，並充份了解檢查內容與可能之副作用。

與病人之關係：_____其他：_____

電 話：_____

立同意書人： (簽章)

見證人 1： (簽章) 見證人 2： (簽章)

(如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填載)

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

- 因病情緊急/需求，且病人無行為表達能力，且病人家屬不在現場，依醫療法第 63、64 條第一項但書之規定，為病人進行必要之檢查(處置、治療)，以維護病人生命安全。_____

五、 檢查醫師之聲明

本次檢查/治療之相關資訊已再次告知病人及家屬，詢問之問題已給予答覆。

檢查醫師： (簽章)

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

六、 病人之聲明

檢查醫師已向我解釋，我已充份了解檢查內容與可能併發症及危險，我同意進行此檢查(處置、治療)。

與病人之關係：_____其他：_____

電 話：_____

立同意書人： (簽章)

見證人 1： (簽章) 見證人 2： (簽章)

(如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填載)

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分

- 因病情緊急/需求，且病人無行為表達能力，且病人家屬不在現場，依醫療法第 63、6 條第一項但書之規定，為病人進行必要之檢查(處置、治療)，以維護病人生命安全。_____

附註：

- 立同意書人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療法第六十四條第二項規定之人員簽具。(民法規定年滿 18 歲為成年)
- 立同意書人非病人本人者，應填載與病人之關係。
- 醫院為病人實施侵入性檢查後，如有再度實施之必要，除有醫療法第六十四條第一項但書所訂情況緊急者，仍應再度說明，並另簽具同意書，始得為之。
(*若您拿到的是沒有醫師聲明簽章之同意書，請勿先在上面簽名)