

童綜合醫院手術同意書

一、擬實施之手術（以中文書寫，必要時醫學名詞得加註外文）

- 疾病名稱：
- 建議手術名稱：
- 建議手術原因：

二、醫師之聲明

我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- ☐ 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
- ☐ 手術併發症及可能處理方式
- ☐ 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
- ☐ 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
- ☐ 其他與手術相關說明資料，已交付病人

我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

請輸入內容

請輸入內容

請輸入內容

手術負責醫師

姓名：

專科別：

（※衛生福利部授予之專科醫師證書科別；若無則免填

日期：年月日

時間：時分