



紐約眼科和耳科醫院
病人接受手術或特殊處置同意書

病人姓名 _____ 出生日期 _____ 病歷表 # _____

1. 同意。 本人茲此授權醫師 _____
(以及由此醫師所指定的該院其他醫師) 為 _____ 進行下列手術：
本人 (或病人姓名) _____

(請正楷書寫或打字)

- 2. 不可預見的情況。 如果在手術或處置期間發生了任何不可預見的情況， 在上述醫師或其指定醫師的判斷下進行必要或適當的其他或不同於上述的手術的處置， 本人進一步要求並且同意進行此項手術或處置。
- 3. 樣本。 醫院或許會檢查並保留手術切除的任何器官或組織， 以作為醫學、科學或是教育之用； 按照慣例與適用的州法律規定會將這些組織或器官適當處理。
- 4. 照相、錄影等。 本人同意， 在照片或是附帶的描述文字不披露本人身分的情況下， 在手術或處置期間可以進行照相、錄影、電視轉播或其他觀察 (包括本人身體適當的部位)， 以作為醫學、科學或是教育之用。
- 5. 處置、風險、效益以及替代方案的說明。 有關手術 / 處置的性質與目的、可能的替代治療方案、預期效益與併發症、伴隨的不適與風險已向本人詳細說明。本人已有機會提出問題並獲得了詳細且令人滿意的回答。
- 6. 本人進一步同意在可能必要時接受血液或血液制品。 本人瞭解在接受血液或血液制品時總會有危害健康的風險， 此種風險已向本人詳細說明。
- 7. 角膜移植。 本人同意將自己的資料透露給為角膜移植手術提供組織的眼庫。本人瞭解為了保護我自身的健康， 在必要時眼庫或許會與我聯繫。
- 8. 無保證。 本人瞭解手術所能得到的結果無法保證或有把握。

本人確認本人已閱讀並充分瞭解上述有關手術同意的各項說明，並在簽名之前已將以上所有空白處全部填寫。

病人 / 家屬 / 監護人* : _____

如非病人簽名，請說明關係 : _____

翻譯人員(如需要) : _____

見證人: _____

日期: _____

* 病人必須自己簽名，除非病人是十八歲以下的未成年人或無法親自簽名。

醫師證明

茲此證明本人已向病人說明此次處置 / 手術的性質、目的、效益、風險和替代方案， 並回答任何問題且已詳細答覆這些問題。 本人相信病人 (家屬 / 監護人) 完全瞭解我的說明與答覆。

醫師簽名

請正楷填寫醫師姓名

日期

注意：此份文件必須作為病人病歷的一部分。

(請參閱背面)