



Queensland
Government

Consent (Traditional Chinese) - 同意書

Child/Young Person (under 18 years)

Facility:

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

A. 患者有行為能力嗎?

有 儘管患者是兒童/青少年，但患者也許有能力給予知情同意，並具有足夠的成熟度、理解力和智力去充分了解建議的手術/治療/調查/檢查之性質、結果及風險，以及不治療的後果——「吉利克能力」（吉利克訴西諾福克和維斯比奇地區衛生當局【1986】AC 112）
→ 直接到 B部分

沒有 父母/法定監護人/有父母權利和義務的其他人*給予同意並填寫此表格
→ 填寫A部分

*正式安排，例如養育/監護令、領養或其他正式認可的看護/監護安排。請參閱昆士蘭州衛生部《醫療保健中的知情決策指南》以及當地的政策和程序。如果適用，請填寫以下決策權來源。

請勾選一項決策權來源（如果適用）：

- 法庭令 → 法庭令已核實
 法定監護人 → 文件已核實
 其他人* → 文件已核實

患者/父母/法定監護人/其他人*的姓名：

與兒童/青少年的關係：

B. 需要口譯員嗎?

如果需要，口譯員：

- 當面視譯了知情同意書
 通過電話翻譯了知情同意書

口譯員姓名：

口譯員編號：

語言：

C. 患者/父母/法定監護人/其他人*要求進行以下檢查或手術

【檢查或手術名稱】

檢查或手術部位/體側：

這是一項私密的檢查或手術嗎？

- 是（填寫H部分第2題） 不是

請參閱澳大利亞醫學委員會指南「醫患關係中的性界限」。

D. 做【檢查或手術名稱】對該患者的特定風險

（醫生/臨床醫師需在空白處紀錄患者須知頁上未列出的額外風險）：

E. 不做【檢查或手術名稱】對該患者的特定風險

（醫生/臨床醫師需記錄不進行【檢查或手術名稱】的具體風險）：

F. 其他治療方案

（醫生/臨床醫師需記錄患者須知頁上未列出的其他治療方法）

G. 醫生/臨床醫師須知

本同意書中的資訊不應代替醫生/臨床醫師與患者/父母/法定監護人/其他人*之間直接交流。

我已經向患者/父母/法定監護人/其他人*解釋了此表格的內容，並且我認為他們已經理解了這些資訊。

醫生/臨床醫師的姓名：

職位：

簽名：

日期：



Consent (Traditional Chinese) - 同意書

Child/Young Person (under 18 years)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

H. 患者/父母/法定監護人/其他人*的同意

我確認醫生/臨床醫師已經解釋了：

- 「【檢查或手術名稱】」患者須知頁
- 我/孩子的病情及建議的治療方法，包括需要進一步治療的可能性
- 檢查或手術的具體風險和益處
- 預後，以及不進行檢查或手術的風險
- 其他治療方案
- 不保證該檢查或手術能夠改善病情
- 該檢查或手術有可能涉及到輸血
- 可能會取組織/血液用於病情的診斷/治療
- 如果在手術/治療/調查/檢查過程中發生危及生命的狀況，會根據良好的臨床治療方法提供醫療護理，並考慮我/孩子的最大利益
- 除顧問醫師/專科醫生以外的醫生/臨床醫師可能會協助/進行臨床上適當的手術/治療/調查/檢查；這可能包括正在接受進一步監督培訓的醫生/臨床醫師
- 如果醫生/臨床醫師希望在手術或檢查過程中錄制視頻、音頻或拍攝圖像（例如出於培訓或研究目的），而這並不是治療所需的一部分，則他們會要求我簽署一份單獨的同意書。如果我選擇不同意，這並不會以任何方式對我獲得治療、對我的治療結果或就醫權利產生不利影響。

我有機會向醫生/臨床醫師提出問題和疑慮。

我了解，我有權在任何時候對同意書改變主意，包括在簽署此表格後（但應與醫生/臨床醫師商議）。

我/父母/法定監護人/其他人*已收到下列同意書及患者須知頁：

「【檢查或手術名稱】」

「關於您的孩子接受麻醉的信息」

「新鮮血液和血液產品輸血」

基於以上陳述，

1) 我/父母/法定監護人/其他人*同意進行【檢查或手術名稱】

患者/父母/法定監護人/其他人*姓名：

簽名：

日期：

我沒有意識到有任何法律或其他原因阻止我為該兒童/青少年提供不受限制的同意（不適用於該兒童/青少年具有吉利克能力並簽署此表格的狀況）。

2) 出於專業培訓目的由學生參與的檢查/手術：

為接受培訓，臨床學生可以觀察醫學檢查或手術，也可以在患者/父母/法定監護人/其他人*同意的情況下，在患者處於麻醉狀態時協助/進行患者的檢查或手術。

我/父母/法定監護人/其他人*同意正在接受培訓的臨床學生：

- 觀察檢查/手術 同意 不同意
- 協助檢查/手術 同意 不同意
- 進行檢查/手術 同意 不同意

應將此表格的副本提供給患者/父母/法定監護人/其他人*，以供仔細閱讀，並留出時間讓他們針對該檢查或手術提問。同意書和患者須知頁應包含在患者的病歷中。



1. 我/患者要做什麼檢查或手術？這項檢查或手術有何幫助？



2. 有什麼風險？

此檢查或手術有風險和併發症的可能性。根據每個人的病情和狀況也可能有特定的風險。請在簽署同意書之前與醫生/臨床醫師討論這些風險，並確保這些風險都寫在同意書裡。風險包括但不限於下列內容：

常見的風險和併發症

(根據檢查或手術調整風險內容)

- 可能會發生感染，需要抗生素及進一步治療
- 可能會發生出血，需要再進手術室。出血也可能導致需要輸血
- 有些疾病和藥物（包括輔助藥物）具有影響血液凝固的作用。在此可以找到這類常見藥物的列表 www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner
- 可能會發生小部分肺塌陷，增加胸部感染的風險。需要抗生素及物理治療
- 對於肥胖和/或吸煙者，傷口感染、胸部感染、心臟和肺部併發症以及腿部或肺部血栓的風險會增加。

(根據檢查或手術調整風險內容)

罕見的風險和併發症

(根據檢查或手術調整風險內容)

- 對心臟造成的壓力可能導致心臟病發作或中風
- 形成腿部血栓，引起疼痛和腫脹。在極少數情況下，部分血栓可能會脫落並進入肺部
- 由於該檢查或手術而導致的死亡很罕見。

麻醉

該檢查或手術：

- 需要麻醉
- 可能需要麻醉
- 不需要麻醉

有關麻醉及相關風險的更多資訊，請參閱已提供給您的麻醉須知頁。如有任何疑慮，請與醫生/臨床醫師討論。

如果您沒有麻醉須知頁，請索取一份。

不做該檢查或手術有何風險？

選擇不做建議的手術/治療/調查/檢查可能會有相應的後果。請與醫生/臨床醫師討論這些問題。

如果您選擇不做該檢查或手術，則無需簽署同意書。

即使您已經簽署同意書，也有權在手術/治療/調查/檢查前的任何時候改變主意。請聯絡醫生/臨床醫師進行商議。



3. 有其他選擇嗎？

患者/父母/法定監護人/其他人*了解可供選擇的方案後，才能決定進行檢查或手術。在簽署同意書之前，請與您的醫生/臨床醫師討論其他的治療方案。



4. 檢查或手術後會是什麼狀況？

檢查或手術後以及出院時，您的醫療團隊將與您討論後續情況。



5. 檢查或手術將由誰來進行？

除顧問醫師/專科醫生以外的醫生/臨床醫師可能會協助/進行臨床上適當的手術/治療/調查/檢查。

他們可能是正在接受進一步培訓的醫生/臨床醫師。所有受訓醫生都會根據相關專業指南受到監督。

如果您對由哪位醫生/臨床醫師進行檢查或手術有任何疑慮，請與醫生/臨床醫師討論。

為在本教學醫院接受專業培訓，臨床學生可以觀察醫學檢查或手術，也可以在您同意的情況下，在患者處於麻醉狀態時協助/進行患者的檢查或手術。

如果您選擇不同意，這並不會以任何方式對您獲得治療、對您的治療結果或就醫權利產生不利影響。您沒有義務同意臨床學生出於受訓目的而進行的檢查或手術。



6. 從哪裡可以獲得支援或更多資訊?

從昆士蘭州衛生部網站可獲得醫院護理：術前、術中和術後資訊www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after。您也可以在這裡閱讀您的就醫權利。

您還可以在此網站查看血液稀釋藥物列表www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner。

工作人員可以為患者的文化和精神需求提供支援。如果您需要文化或精神上的支援，請與醫生/臨床醫師討論。

昆士蘭州衛生部認識到，在共同決策過程中考慮到原住民和托雷斯海峽島民患者的文化，將給他們帶來最佳的臨床護理體驗。



7. 問題

如果您對這份患者須知頁有不理解的地方，或者對您/患者的病情、治療方案以及建議的手術/治療/調查/檢查有任何疑問，請向醫生/臨床醫師諮詢。



8. 聯絡我們

在緊急狀況下，請撥打000。

在非緊急情況下，如果您有擔心的問題，請撥打7天24小時電話13 HEALTH (13 43 25 84)。