



Queensland  
Government

**Consent (Simplified Chinese)- 同意书**  
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. 患者有行为能力吗?**

有 尽管患者是儿童/青少年, 但患者也许有能力给予知情同意, 并具有足够的成熟度、理解力和智力去充分了解建议的手术/治疗/调查/检查的性质、结果及风险, 以及不治疗的后果——“吉利克能力”(吉利克诉西诺福克和维斯比奇地区卫生当局【1986】AC 112)  
→ 直接到 B部分

没有 父母/法定监护人/有父母权利和义务的其他人\*给予同意并填写此表格  
→ 填写 A部分

\*正式安排, 例如养育/监护令、领养或其他正式认可的看护/监护安排。请参阅昆士兰州卫生部《医疗保健中的知情决策指南》以及当地的政策和程序。如果适用, 请填写以下决策权来源。

请勾选一项决策权来源 (如果适用):

法庭令 →  法庭令已核实

法定监护人 →  文件已核实

其他人\* →  文件已核实

患者/父母/法定监护人/其他人\*的姓名:

与儿童/青少年的关系:

**B. 需要口译员吗?**

如果需要, 口译员:

当面视译了知情同意书

通过电话翻译了知情同意书

口译员姓名:

口译员编号:

语言:

**C. 患者/父母/法定监护人/其他人\*要求进行以下检查或手术**

检查或手术名称:

检查或手术部位/体侧:

这是一项私密的检查或手术吗?

是 (填写H部分第2题)  不是

请参阅澳大利亚医学委员会指南“医患关系中的性界限”。

**D. 做【检查或手术名称】对该患者的特定风险**

(医生/临床医师需在空白处记录患者须知页上未列出的额外风险):

**E. 不做【检查或手术名称】对该患者的特定风险**

(医生/临床医师需记录不进行【检查或手术名称】的具体风险):

**F. 其他治疗方案**

(医生/临床医师需记录患者须知页上未列出的其他治疗方法):

**G. 医生/临床医师须知**

本同意书中的信息不应代替医生/临床医师与患者/父母/法定监护人/其他人\*之间的直接交流。

我已经向患者/父母/法定监护人/其他人\*解释了此表格的内容, 并且我认为他们已经理解了这些信息。

医生/临床医师的姓名:

职位:

签名:

日期:



Consent (Simplified Chinese)- 同意书
Child/Young Person (under 18 years)

URN:
Family name:
Given name(s):
Address:
Date of birth: Sex: M F I

© The State of Queensland (Queensland Health) 2021
Except as permitted under the Copyright Act 1968, no part of this work may be reproduced...

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

H. 患者/父母/法定监护人/其他人\*的同意

我确认医生/临床医师已经解释了:

- “【检查或手术名称】”患者须知页
• 我/孩子的病情及建议的治疗方法, 包括需要进一步治疗的可能性
• 检查或手术的具体风险和益处
• 预后, 以及不进行检查或手术的风险
• 其他治疗方案
• 不保证该检查或手术能够改善病情
• 该检查或手术有可能涉及到输血
• 可能会取组织/血液用于病情的诊断/治疗
• 如果在手术/治疗/调查/检查过程中发生危及生命的状况, 会根据良好的临床治疗方法提供医疗护理, 并考虑我/孩子的最大利益
• 除顾问医师/专科医生以外的医生/临床医师可能会协助/进行临床上适当的手术/治疗/调查/检查; 这可能包括正在接受进一步监督培训的医生/临床医师
• 如果医生/临床医师希望在手术或检查过程中录制视频、音频或拍摄图像(例如出于培训或研究目的), 而这并不是治疗所需的一部分, 则他们会要求我签署一份单独的同意书。如果我选择不同意, 这并不会以任何方式对我获得治疗、对我的治疗结果或就医权利产生不利影响。

我有机会向医生/临床医师提出问题和疑虑。

我了解, 我有权在任何时候对同意书改变主意, 包括在签署此表格后(但应与医生/临床医师商议)。

我/父母/法定监护人/其他人\*已收到下列同意书及患者须知页:

“【检查或手术名称】”

[Empty box for patient name]

“关于您的孩子接受麻醉的信息”

“新鲜血液和血液产品输血”

基于以上陈述,

1) 我/父母/法定监护人/其他人\*同意进行【检查或手术名称】

患者/父母/法定监护人/其他人\*姓名:

[Empty box for patient name]

签名:

日期:

[Empty boxes for signature and date]

我没有意识到有任何法律或其他原因阻止我为该儿童/青少年提供不受限制的同意(不适用于该儿童/青少年具有吉利克能力并签署此表格的状况)。

2) 出于专业培训目的由学生参与的检查/手术:

为接受培训, 临床学生可以观察医学检查或手术, 也可以在患者/父母/法定监护人/其他人\*同意的情况下, 在患者处于麻醉状态时协助/进行患者的检查或手术。

我/父母/法定监护人/其他人\*同意正在接受培训的临床学生:

- 观察检查/手术 [ ] 同意 [ ] 不同意
• 协助检查/手术 [ ] 同意 [ ] 不同意
• 进行检查/手术 [ ] 同意 [ ] 不同意

# Consent (Simplified Chinese) - 同意书

Child/Young Person (under 18 years) | Informed consent: patient information

应将此表格的副本提供给患者/父母/法定监护人/其他人\*，以供仔细阅读，并留出时间让他们针对该检查或手术提问。同意书和患者须知页应包含在患者的病历中。



## 1. 我/患者要做什么检查或手术？这项检查或手术有何帮助？



## 2. 有什么风险？

此检查或手术有风险和并发症的可能性。根据每个人的病情和状况也可能有特定的风险。请在签署同意书之前与医生/临床医师讨论这些风险，并确保这些风险都写在同意书里。风险包括但不限于下列内容：

### 常见的风险和并发症

(根据检查或手术调整风险内容)

- 可能会发生感染，需要抗生素及进一步治疗
- 可能会发生出血，需要再进手术室。出血也可能导致需要输血
- 有些疾病和药物（包括辅助药物）具有影响血液凝固的作用。在此可以找到这类常见药物的列表 [www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner](http://www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner)
- 可能会发生小部分肺塌陷，增加胸部感染的风险。需要抗生素及物理治疗
- 对于肥胖和/或吸烟者，伤口感染、胸部感染、心脏和肺部并发症以及腿部或肺部血栓的风险会增加。

(根据检查或手术调整风险内容)

## 罕见的风险和并发症

(根据检查或手术调整风险内容)

- 对心脏造成的压力可能导致心脏病发作或中风
- 形成腿部血栓，引起疼痛和肿胀。在极少数情况下，部分血栓可能会脱落并进入肺部
- 由于该检查或手术而导致的死亡很罕见。

## 麻醉

该检查或手术：

- 需要麻醉
- 可能需要麻醉
- 不需要麻醉

有关麻醉及相关风险的更多信息，请参阅已提供给您的麻醉须知页。如有任何疑虑，请与医生/临床医师讨论。

如果您没有麻醉须知页，请索取一份。

## 不做该检查或手术有何风险？

选择不做建议的手术/治疗/调查/检查可能会有相应的后果。请与医生/临床医师讨论这些问题。

如果您选择不做该检查或手术，则无需签署同意书。

即使您已经签署同意书，也有权在手术/治疗/调查/检查前的任何时候改变主意。请联系医生/临床医师进行商议。



## 3. 有其他选择吗？

患者/父母/法定监护人/其他人\*了解可供选择的方案后，才能决定进行检查或手术。在签署同意书之前，请与您的医生/临床医师讨论其他的治疗方案。



## 4. 检查或手术后会是什么状况？

检查或手术后以及出院时，您的医疗团队将与您讨论后续情况。



## 5. 检查或手术将由谁来进行？

除顾问医师/专科医生以外的医生/临床医师可能会协助/进行临床上适当的手术/治疗/调查/检查。

他们可能是正在接受进一步培训的医生/临床医师。所有受训医生都会根据相关专业指南受到监督。

如果您对由哪位医生/临床医师进行检查或手术有任何疑问，请与医生/临床医师讨论。

为在本教学医院接受专业培训，临床学生可以观察医学检查或手术，也可以在您同意的情况下，在患者处于麻醉状态时协助/进行患者的检查或手术。

如果您选择不同意，这并不会以任何方式对您获得治疗、对您的治疗结果或就医权利产生不利影响。您没有义务同意临床学生出于受训目的而进行的检查或手术。



## 6. 从哪里可以获得支持或更多信息？

从昆士兰州卫生部网站可获得医院护理：术前、术中和术后信息[www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after](http://www.qld.gov.au/health/services/hospital-care/before-after)。您也可以在这里阅读您的就医权利。

您还可以在此网站查看血液稀释药物列表[www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner](http://www.health.qld.gov.au/consent/bloodthinner)。

工作人员可以支持患者的文化和精神需求。如果您需要文化或精神上的支持，请与医生/临床医师讨论。

昆士兰州卫生部认识到，在共同决策过程中考虑到原住民和托雷斯海峡岛民患者的文化，将给他们带来最佳的临床护理体验。

## 7. 问题

如果您对这份患者须知页有不理解的地方，或者对您/患者的病情、治疗方案以及建议的手术/治疗/调查/检查有任何疑问，请咨询医生/临床医师。

## 8. 联系我们

**在紧急情况下，请拨打000。**

在非紧急情况下，如果您有担心的问题，请拨打7天24小时电话13 HEALTH  
(13 43 25 84) 。