



Queensland  
Government

**Consent (Simplified Chinese)- 同意书**  
Adult (18 years and over)

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 → 直接到 B部分  
 没有 → 填写A部分

您必须遵守预先健康指示 (AHD)。如果没有预先健康指示, 则应按照下列顺序从替代决策者那里获得同意:

第1类. 法庭指定的监护人

第2类. 持久授权书

第3类. 法定健康代理人

替代决策者姓名:

替代决策者类别:

**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/替代决策者要求进行以下检查或手术**

检查或手术名称:

这是一项私密的检查或手术吗?

- 是 (填写H部分第2题)  不是

**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/替代决策者之间的直接交流。

我已经向患者/替代决策者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:

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v10.00 [Translated:2022]  
Clinical content review: 2018  
Clinical check: 01/2021  
Published: 04/2021



SW9436

CONSENT



Consent (Simplified Chinese)- 同意书
Adult (18 years and over)

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

H. 患者/替代决策者的同意

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
• 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, 将根据讨论记录对我进行治疗 (例如, AHD【预先健康指示】或ARP【重症复苏计划】)
• 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/替代决策者已收到下列同意书及患者须知页:

[ ] “【检查或手术名称】”

[Empty box for consent to check/surgery name]

[ ] “关于麻醉的信息”

[ ] “新鲜血液和血液产品输血”

基于以上陈述,

1) 我/替代决策者同意进行【检查或手术名称】

患者/替代决策者姓名:

[Empty box for patient/decision maker name]

签名:

日期:

[Empty box for signature]

[Empty box for date]

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/替代决策者同意的情况下, 在患者处于麻醉状态时协助/进行患者的检查或手术。

我/替代决策者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

Adult (18 years and over) | Informed consent: patient information

应将此表格的副本提供给患者/替代决策者，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，也可能会有特定的风险。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。风险包括但不限于以下内容：

### 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
- 如果您一直在服用血液稀释药物，例如华法林，阿司匹林，氯吡格雷 (Plavix, Iscover, Coplavix)，普拉格雷 (Effient)，双嘧达莫 (Persantin或Asasantin)，替格瑞洛 (Brilinta)，阿哌沙班 (Eliquis)，达比加群 (Pradaxa)，利伐沙班 (Xarelto) 或辅助/替代药物，例如鱼油和姜黄，那么出血状况会更加常见
- 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。

### 不常见的风险和并发症

(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/替代决策者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

### 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) 。