



Queensland
Government

Transvaginal Ultrasound Consent (Traditional Chinese) - 經陰道超音波檢查同意書

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?

僅需為成年患者填寫

有 → 直接到 B部分

沒有 → 填寫A部分

您必須遵守預先健康指示 (AHD)。如果沒有預先健康指示，則應按照下列順序從替代決策者那裡獲得同意：

第1類. 法庭指定的監護人

第2類. 持久授權書

第3類. 法定健康代理人

替代決策者姓名：

替代決策者類別：

僅需為兒童/青少年患者填寫

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

經陰道超音波檢查

D. 做經陰道超音波檢查對該患者的特定風險

(醫生/臨床醫師需記錄患者須知頁上未列出的額外風險)：

E. 不做經陰道超音波檢查對該患者的特定風險

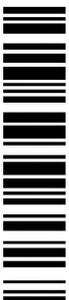
(醫生/臨床醫師需記錄不進行【檢查或手術名稱】的具體風險)：

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)

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v3.00 [Translated: 2022]
Clinical content review: 2017
Clinical check: 11/2020
Published: 05/2021



SW9459

TRANSVAGINAL ULTRASOUND CONSENT



Transvaginal Ultrasound Consent (Traditional Chinese) - 經陰道超音波檢查同意書

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

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。

本同意書中的資訊不應代替醫生/臨床醫師與患者/替代決策者之間直接交流。

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:

H. 患者/替代決策者的同意

我確認醫生/臨床醫師已經解釋了:

- 「經陰道超音波檢查」的患者須知頁
- 病情及建議的治療方法，包括需要進一步治療的可能性
- 檢查的具體風險和益處
- 預後，以及不進行檢查的風險
- 其他治療方案
- 不保證該檢查能夠改善病情
- 該檢查有可能涉及到輸血
- 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
- 如果在檢查過程中發生危及生命的狀況，將根據討論記錄對我進行治療（例如，AHD【預先健康指示】或ARP【重症複雜蘇計劃】）
- 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:

「經陰道超音波檢查」

基於以上陳述，

1) 我/父母/法定監護人/其他人*同意進行經陰道超音波檢查。

患者/父母/法定監護人/其他人*姓名:

簽名:

日期:

如果患者是兒童/青少年:

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

Transvaginal ultrasound (Traditional Chinese) - 經陰道超音波檢查

Adult and Child/Young Person | Informed consent: patient information

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提問。同意書和患者須知頁應包含在患者的病歷中。



1. 經陰道超音波檢查是什麼？這項檢查對我/患者有何幫助？

超音波掃描使用高頻（超音速的）聲波來查看內部器官。

超音波由換能器傳輸，然後返回超音波機，在顯示屏上產生圖像。

經陰道超音波掃描需要將特別設計的換能器放置在陰道內。子宮和卵巢位於腹部深處。將換能器插入陰道可以更仔細地查看這些骨盆器官，並得到更詳細的圖像。經陰道超音波掃描通常需要10-15分鐘，但有時需要更長時間。如果您不想繼續，可以在任何時候終止掃描。

在經陰道超音波掃描的過程中，您可能感到輕微的疼痛和不適。如果在壓痛區域進行掃描，您可能還會感到一些壓力。如果掃描導致的不僅僅是輕微的疼痛，請告知超音波檢查醫師/醫生。

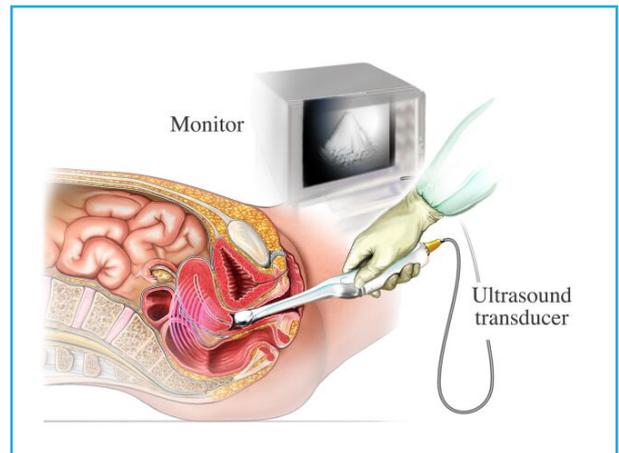


Image 1: Transvaginal ultrasound.

Illustration Copyright © 2019 Nucleus Medical Media, All rights reserved. www.nucleusmedicalmedia.com

為檢查做準備

在經陰道掃描之前，要求您去廁所排空膀胱。您可能需要換上醫院的衣服。如果您正在使用衛生棉條或月經杯，則需要將其取出。

檢查過程中

房間內的燈光將會變暗，這樣在超音波顯示屏上可以清晰地看到圖像。

換能器套有保護罩或避孕套，上面塗有潤滑凝膠，以便換能器能夠順利插入。

您將躺在診查台上，蓋上床單。您要雙腿彎曲。然後，換能器將插入您的陰道。超音波檢查醫師/醫生可能會請您協助插入換能器。如果您對乳膠過敏，請告知工作人員。

超音波檢查醫師/醫生需要在整個檢查過程中移動換能器以查看骨盆結構。如果您在檢查過程中有任何疑慮，請告知進行檢查的超音波檢查醫師/醫生。



2. 有何風險？

進行經陰道超音波檢查沒有已知風險。每次使用後，都會用高級別消毒劑清潔換能器，並套上一次性換能器保護罩或避孕套。

根據您的個人病情和狀況，可能會有額外的風險。請在簽署同意書之前與超音波檢查醫師/醫生討論這些風險，並確保這些風險都寫在同意書裡。

這項檢查不需要麻醉。

不做經陰道超音波檢查有何風險？

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

如果您選擇不做該檢查，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/替代決策者了解可供選擇的方案後，才能決定進行檢查。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。

如果您選擇不做該檢查，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。



4. 檢查後會是什麼狀況？

檢查後以及出院時，您的醫療團隊將與您討論後續情況。



5. 檢查將由誰來進行？

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。

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)。