



Queensland
Government

Transvaginal Ultrasound Consent (Simplified Chinese) - 经阴道超声检查同意书

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?

仅需为成年患者填写

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:

仅需为儿童/青少年患者填写

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

经阴道超声检查

D. 做经阴道超声检查对该患者的特定风险

(医生/临床医师需记录患者须知页上未列出的额外风险):

E. 不做经阴道超声检查对该患者的特定风险

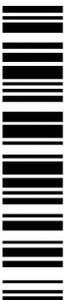
(医生/临床医师需记录不进行【检查或手术名称】的具体风险):

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):

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 (Simplified Chinese) - 经阴道超声检查同意书

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

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:

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:

- “经阴道超声检查”的患者须知页
- 病情及建议的治疗方法，包括需要进一步治疗的可能性
- 检查的具体风险和益处
- 预后，以及不进行检查的风险
- 其他治疗方案
- 不保证该检查能够改善病情
- 该检查有可能涉及到输血
- 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
- 如果在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【急性复苏计划】）
- 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/父母/法定监护人/其他人*已收到下列同意书及患者须知页:

“经阴道超声检查”

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:

签名:

日期:

如果患者是儿童/青少年:

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

Transvaginal Ultrasound (Simplified Chinese) - 经阴道超声检查

Adult and Child/Young Person | 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提问。同意书和患者须知页应包含在患者的病历中。



1. 经阴道超声检查是什么？这项检查对我/患者有何帮助？

超声扫描使用高频（超音速的）声波来查看内部器官。

超声波由换能器传输，然后返回超声机，在显示屏上产生图像。

经阴道超声扫描需要将特别设计的换能器放置在阴道内。子宫和卵巢位于腹部深处。将换能器插入阴道可以更仔细地查看这些骨盆器官，并得到更详细的图像。经阴道超声扫描通常需要10-15分钟，但有时需要更长时间。如果您不想继续，可以在任何时候终止扫描。

在经阴道超声扫描的过程中，您可能会感到轻微的疼痛和不适。如果在压痛区域进行扫描，您可能还会感到一些压力。如果扫描导致的不仅仅是轻微的疼痛，请告知超声检查医师/医生。

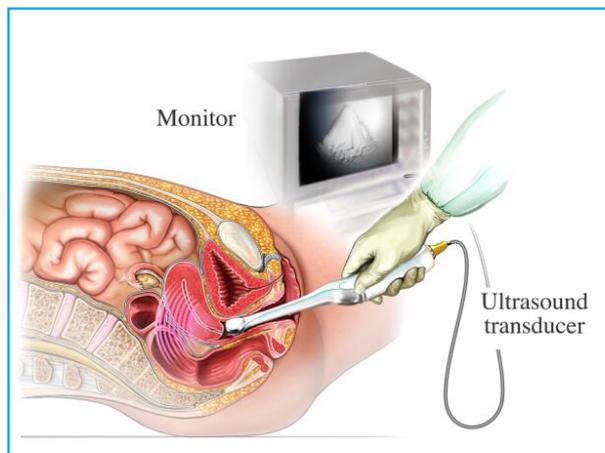


Image 1: Transvaginal ultrasound.

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

准备检查

在经阴道扫描之前，要求您去厕所排空膀胱。您可能需要换上医院的衣服。如果您正在使用卫生棉条或月经杯，则需要将其取出。

检查过程中

房间内的灯光将会变暗，这样在超声显示屏上可以清晰地看到图像。

换能器套有保护罩或避孕套，上面涂有润滑凝胶，以便换能器能够顺利插入。

您将躺在诊查台上，盖上床单。您要双腿弯曲。然后，换能器将插入您的阴道。超声检查医师/医生可能会请您协助插入换能器。如果您对乳胶过敏，请告知工作人员。

超声检查医师/医生需要在整个检查过程中移动换能器以查看骨盆结构。如果您在检查过程中有任何疑问，请告知进行检查的超声检查医师/医生。



2. 有何风险？

进行经阴道超声检查没有已知风险。每次使用后，都会用高级别消毒剂清洁换能器，并套上一次性换能器保护罩或避孕套。

根据您的个人病情和状况，可能会有额外的风险。请在签署同意书之前与超声检查医师/医生讨论这些风险，并确保这些风险都写在同意书里。

这项检查不需要麻醉。

不做经阴道超声检查有何风险？

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，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。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. 检查后会是什么状况？

4. 检查后会是什么状况？

检查后以及出院时，您的医疗团队将与您讨论后续情况。



5. 检查将由谁来进行？

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。您也可以在这里阅读您的就医权利。

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，请向医生/临床医师咨询。



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)。