



Queensland
Government

**Additional Student Consent
for Intimate Procedures (Traditional Chinese) -
同意學生參與私密檢查或手術的附加同意書**
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 → 資料已核實

其他人 → 資料已核實

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. 先前的同意書

您已經簽署了手術或檢查同意書。這份附加的同意書是請您同意臨床學生觀察/協助和/或進行私密的檢查或手術。這是出於教學的目的。

私密檢查或手術涉及在私密部位進行的檢查或手術，通常是乳房、生殖器或身體內部的檢查（陰道或直腸）。病人的文化價值觀和信仰也可以界定什麼是私密的。

C. 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。

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

患者/父母/法定監護人/其他人*的同意

患者/父母/法定監護人/其他人*的姓名：

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）。

D. 醫生/臨床醫師須知

我已經向患者/父母/法定監護人/其他人*解釋了這些附加資訊，並且我認為他們已經理解了該資訊。

醫生/臨床醫師姓名：

職位：

簽名：

日期：