



Queensland Government

**Additional Student Consent for Intimate Procedures (Simplified Chinese) - 同意学生参与私密检查或手术的附加同意书**  
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. 先前的同意书**

您已经签署了手术或检查同意书。这份附加的同意书是请您同意临床学生观察/协助和/或进行私密的检查或手术。这是出于教学的目的。

私密检查或手术涉及在私密部位进行的检查或手术，通常是乳房、生殖器或身体内部的检查（阴道或直肠）。病人的文化价值观和信仰也可以界定什么是私密的。

**C. 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。

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

患者/父母/法定监护人/其他人\*的同意

患者/父母/法定监护人/其他人\*的姓名：

.....

签名：

日期：

.....

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）。

**D. 医生/临床医师须知**

我已经向患者/父母/法定监护人/其他人\*解释了这些附加信息，并且我认为他们已经理解了该信息。

医生/临床医师的姓名：

.....

职位：

.....

签名：

日期：

.....