

麻醉知情同意書確認

致患者及/或其父母、監護人、指定人員：此表單旨在確認在擬進行的手術、醫療或治療程序中對採取麻醉的討論和同意。

麻醉師將根據本人病症進行適當麻醉，並在醫療過程中監測關鍵身體機能。本人已知悉麻醉除醫療程序本身之外還涉及其他風險。這些風險可能包括但不限於：藥物不良反應、腦損傷、神經損傷或死亡。此外：可能發生牙齒或牙科損傷、聲帶損傷、呼吸系統問題、輕微疼痛和不適、動脈和靜脈損傷或頭痛。本人知悉在麻醉過程中可能出現其他意想不到的併發症。本人已獲得以上所有內容的解釋且已理解，本人的問題亦已獲得解答。

本人特此聲明，本人提供之病史、病症、藥物、食物和液體攝入相關資訊正確無誤。

本人知悉，從康復室出院時，每位患者均須在一名負責任的成年人的陪同下回家。本人知悉，如病症出現且未有報告，無視此類建議可能置人於危險之中。

本人自願授權並同意進行麻醉。

日期 _____ 時間 _____ 簽名 _____