

表格2
对青少年或儿童进行检查、治疗或护理的家长同意书

个人资料 (或预先印刷的标贴)

姓
名
出生日期

男 女 医疗编号 (或其它识别证明)

特别要求 (语言或其它).....
.....

专业医护人员声明

负责的专业医护人员..... 职位名称.....
所建议的手术或治疗方法的名称 (包括身体部位, 如医学名词不清晰, 请作简单解释)
.....
.....

我已经对手术进行了解释。我特地解释了:
.....
.....

预期能取得的好处.....
.....
.....

严重或经常发生的风险.....
.....
.....

在手术中可能需要进行的额外手术。
输血 其它手术 (请说明).....

这手术将涉及: 全身及/或部位麻醉 局部麻醉 镇静作用

我已经详述过很可能会涉及到的手术、其它可行的治疗方法的好处及风险(包括不作任何治疗)、任何可能需要抽取的细胞组织样本及任何这名儿童及与其家长所关注的问题。

已提供下列传单/录像带.....

签名..... 日期.....
姓名 (印刷体) 职位名称.....

联络详情 (假如日后病人希望就其它选择进行讨论).....

翻译员声明 (如适用)

我已经尽我所能向儿童及其家长口译了上述资料, 我相信他们明白了有关内容。
签名..... 日期.....
姓名 (印刷体)

儿童/家长已经接受了副本 是 / 否 (请圈出适当答案)

家长声明

请仔细阅读本表格。假如你的疗程是预先计划的，你应该已经有一份描述所建议的治疗方式的好处及风险的副本。假如疗程并非预先计划，你现在将会得到一份副本。假如你有任何进一步的问题，请提问

- 我们是来帮助你和你的孩子的。你有权在任何时候改变主意，即使在签署了表格后也同样适用。

我同意施行这表格所述的手术或治疗方法，我确认我需要对该名儿童承担“家长责任”。

我明白你无法向我保证哪位特定人士会施行手术。然而这位人士将会有适当的经验。

我明白我和我的孩子有机会在手术前与麻醉师讨论麻醉的细节，除非当时的情况太紧急。(只适用于接受全身或部位麻醉的儿童)

我明白本表格叙述以外的任何额外手术，只会在有需要挽救我孩子的性命或避免对他/她的健康造成严重伤害时才会施行。

我已被告知关于在我孩子的疗程中有可能需要施行的额外手术。下列所提出的手术是在未经过进一步讨论之前，我不希望施行的。

.....
.....
*我同意医科学生在医科教授的监督下，观察或协助我孩子的治疗护理。 *你可以划去这一句，这不会影响你的孩子将接受的治疗护理。

签名..... 日期.....

姓名 (印刷体)与儿童的关系.....

儿童同意书 (假如儿童希望签署)

我同意接受我已被告知的治疗。

签名..... 日期.....

姓名 (印刷体).....

同意确认书 (假如家长/儿童已预先在表格上签名，当儿童准备接受手术时，须由专业医护人员填写) 我确认儿童/家长没有任何进一步的问题并希望施行手术。 .

签名..... 日期.....

姓名 (印刷体) 职位名称.....

重要备注: (在适用处划上√号)

请阅读预先设立的指示意愿 / 生时意愿书 (例如耶和华见证人表格)

家长已撤销同意日期.....

(请家长在此签名/写上日期)