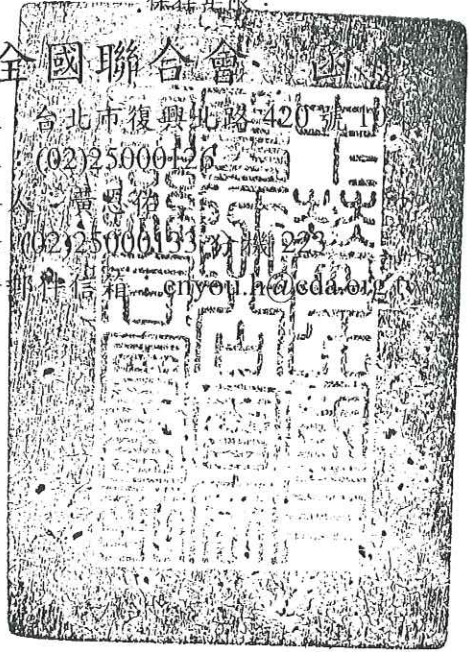


819

檔 號：  
保存年限：

# 社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路420號  
傳真：(02)25000126  
聯絡人：黃恩佑  
電話：(02)25000133  
電子郵件信箱：enyou@tccda.org



受文者：詳如正本受文者

發文日期：中華民國 106 年 11 月 14 日

發文字號：牙全廷字第 0626 號


速別：普通

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明段

主旨：函轉衛生福利部修正公布之「手術同意書格式」、「麻醉同意書格式」，惟旨揭同意書格式排除牙醫門診手術適用，敬請 貴會惠予轉知所屬會員醫師。

說明：依據衛生福利部 106 年 11 月 2 日衛部醫字第 1061665692B 號函辦理，並隨函檢附影本乙份。

正本：各縣市牙醫師公會 

## 理事長謝尚廷

本案依照分層負責規定  
授權 法 令 制 度 會 主 委 決 行  
法 委 員 會

(106.11.14)	收文
<input type="checkbox"/> 存查	<input checked="" type="checkbox"/> 轉加辦
PO 組	擬辦
光 /	簽名

附  
件

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

機關地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號  
傳 真：(02)85907088  
聯絡人及電話：劉莉雅(02)85906666轉7384  
電子郵件信箱：mdleah65@mohw.gov.tw

10476

台北市中山區復興北路420號10F

受文者：中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國106年11月2日

發文字號：衛部醫字第1061665692B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：修正「手術同意書格式」及「麻醉同意書格式」公告、公告掃描檔(1061665692B-1.pdf、1061665692B-2.pdf、1061665692B-3.pdf)

主旨：本部已公告修正「手術同意書格式」及「麻醉同意書格式」，請轉知並輔導所轄(西醫)醫療機構自即日起全面施行，修正前既有之同意書格式得續用至107年4月30日止，請查照。

說明：

- 一、依據醫療法第63條第3項辦理。
- 二、同意書之簽具，係醫病間之雙方行為，爰依個案情況，得於同意書加註或增補醫病雙方實際說明及同意內容，不以公告格式為限。
- 三、檢送相關公告及同意書格式各1份(如附件)。惟牙醫門診手術排除旨揭格式之適用。

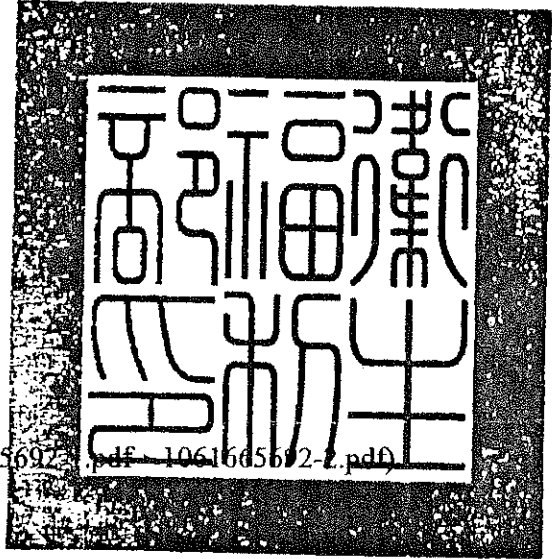
正本：地方政府衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、台灣社區醫院協會、中華民國區域醫院協會、台灣醫學中心協會、臺灣私立醫療院所協會、中華民國公立醫院協會

副本：許秀雯律師、財團法人台灣醫療改革基金會、台灣女人連線、中華民國消費者文教基金會、行政院性別平等處、本部心理及口腔健康司、本部醫事司(均含附件)

# 部長陳時中出國

## 政務次長 何啓功 代行

# 衛生福利部 公告



發文日期：中華民國106年11月2日  
發文字號：衛部醫字第1061665692號  
附件：手術同意書格式、麻醉同意書格式(1061665692-1.pdf、1061665692-2.pdf)

主旨：修正「手術同意書格式」及「麻醉同意書格式」，自即日生效。  
。但排除牙醫門診手術之適用。

依據：醫療法第六十三條第三項

部長陳時中 出國  
政務次長何啓功 代行

# ○○醫院（診所）手術同意書格式

## \*基本資料

病人姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 病歷號碼 \_\_\_\_\_

### 一、擬實施之手術（以中文書寫，必要時醫學名詞得加註外文）

1. 疾病名稱：
2. 建議手術名稱：
3. 建議手術原因：

### 二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
- 手術併發症及可能處理方式
- 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
- 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
- 其他與手術相關說明資料，已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_

手術負責醫師

姓名：

簽名：

專科別：

（※衛生福利部授予之專科醫師證書科別；若無則免填）

日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 時間： \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

### 三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我  同意  不同意 輸血。

5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我已經向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
7. 我瞭解這個手術有一定的風險，無法保證一定能改善病情。

基於上述聲明，我同意進行此手術。

立同意書人姓名：

簽名：

(※若您拿到的是沒有醫師聲明之空白同意書，請勿先在上面簽名同意)

關係：病人之

(立同意書人身分請參閱附註三)

身分證統一編號/居留證或護照號碼：

住址：

電話：

日期：       年       月       日       時間：       時       分

附註：

一、手術的一般風險

1. 手術後，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素、呼吸治療或其他必要的治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 手術過程仍可能發生難以預期的意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

三、手術同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：

1. 病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
2. 病人之關係人，係指與病人有特別密切關係之人，如伴侶（不分性別）、同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。
3. 病人不識字，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

四、醫療機構應於病人簽具手術同意書後三個月內，施行手術，逾期應重新簽具同意書，簽具手術同意書後病情發生變化者，亦同。

五、手術進行時，如發現建議手術項目或範圍有所變更，當病人之意識於清醒狀態下，仍應予告知，並獲得同意，如病人意識不清醒或無法表達其意思者，則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意。無前揭人員在場時，手術負責醫師為謀求病人之最大利益，得依其專業判斷為病人決定之，惟不得違反病人明示或可得推知之意思。

六、醫療機構為病人施行手術後，如有再度為病人施行手術之必要者，仍應重新簽具同意書。

七、醫療機構查核同意書簽具完整後，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。

# ○○醫院（診所）麻醉同意書格式

## \*基本資料

病人姓名\_\_\_\_\_ 出生日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 病歷號碼\_\_\_\_\_

### 一、擬實施之麻醉（以中文書寫，必要時醫學名詞得加註外文）

1. 外科醫師施行手術名稱：

2. 建議麻醉方式：

### 二、醫師之聲明

1. 我已經為病人完成術前麻醉評估之工作。

2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋麻醉之相關資訊，特別是下列事項：

麻醉之步驟。

麻醉之風險。

麻醉後，可能出現之症狀。

其他與麻醉相關說明資料，已交付病人。

3. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術涉及之麻醉問題，並給予答覆：

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

麻醉醫師

姓名：

簽名：

日期：

年

月

日

時間：

時

分

### 三、病人之聲明

1. 我了解為順利進行手術，我必須同時接受麻醉，以解除手術所造成之痛苦及恐懼。

2. 麻醉醫師已向我解釋，並且我已了解施行麻醉之方式及風險。

3. 我已了解麻醉可能發生之副作用及併發症。

4. 針對麻醉之進行，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我同意進行麻醉。

立同意書人姓名：

簽名：

（※若您拿到的是沒有醫師聲明之空白同意書，請勿先在上面簽名同意）

關係：病人之\_\_\_\_\_

（立同意書人身分請參閱附註三）

身分證統一編號/居留證或護照號碼：

住址：

電話：

日期：

年

月

日

時間：

時

分

附註：

一、手術過程中之麻醉，除輔助手術順利施行外，亦可免除手術時的痛苦和恐懼，並維護生理功能之穩定，但對於部分接受麻醉之病人而言，不論全身麻醉或區域麻醉，均有可能發生以下之副作用及併發症：

1. 對於已有或潛在性心臟血管系統疾病之病人，於手術中或麻醉後較易引起突發性急性心肌梗塞。
2. 對於已有或潛在性心臟血管系統或腦血管系統疾病之病人，於手術中或麻醉後較易發生腦中風。
3. 緊急手術，或隱瞞進食，或腹內壓高（如腸阻塞、懷孕等）之病人，於執行麻醉時有可能導致嘔吐，因而造成吸入性肺炎。
4. 對於特異體質之病人，麻醉可引發惡性發燒（這是一種潛在遺傳疾病，現代醫學尚無適當之事前試驗可預知）。
5. 由於藥物特異過敏或因輸血而引致之突發性反應。
6. 區域麻醉有可能導致短期或長期之神經傷害。
7. 其他偶發之病變。

二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

三、麻醉同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：

1. 病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
2. 病人之關係人，係指與病人有特別密切關係之人，如伴侶（不分性別）、同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。
3. 病人不識字，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

四、手術進行時，如發現建議麻醉項目或範圍有所變更，當病人之意識於清醒狀態下，仍應予告知，並獲得同意，如病人意識不清醒或無法表達其意思者，則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意。無前揭人員在場時，麻醉醫師為謀求病人之最大利益，得依其專業判斷為病人決定之，惟不得違反病人明示或可得推知之意思。

五、醫療機構為病人施行手術後，如有再度為病人施行手術之必要，配合手術需施行麻醉者，仍應重新簽具麻醉同意書。

六、醫療機構查核同意書簽具完整後，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。