



麻醉同意書

Consent for Anesthesia

(to be completed by an Anesthesia provider)

NAME

DOB

MRN

您預定了一項需要麻醉服務的治療／醫療程序。一名三藩市加州大學麻醉與手術全期護理部門的教師麻醉醫生（持執照的麻醉醫生）將負責您的麻醉護理。您的麻醉將由教師麻醉醫生、認證註冊麻醉護士(CRNA)或麻醉科住院醫師（培訓中的麻醉科醫生）進行操作。麻醉護士與住院護士將會在麻醉醫生持續監督的情況下工作。麻醉團隊可能的額外成員包含：住院麻醉護士、住院急診醫護人員、重症加護研究員及醫學院學生。

現在的麻醉比以往都還要安全、有效。極少發生嚴重的併發症，但仍發生過永久性的失能，甚至死亡。在醫療程序的過程中，請務必知道**麻醉醫護人員會持續看守您**，以防任何可能發生的問題。麻醉後，護士會定時檢查您的情況，並處理任何疼痛或不適。離開前，在**恢復區**必須要有一名麻醉醫生為您看診，以確保您的安全。如果有必要，麻醉護理團隊可將您直接轉移到加護病房(ICU)來進一步治療並密切監測。

請務必告知麻醉醫護人員您的**藥物過敏與完整的病史**。其他醫療狀況可能會在手術期間加劇，或使得麻醉與手術更加危險。

手術當天的午夜之後切勿進食。在**抵達醫院時間的最多 2 個小時前**，您可以飲用**清澈的液體**（清澈的液體為：水、清澈的果汁、茶或黑咖啡（不含牛奶））。未遵守這些指導可能會使您有**危及生命的肺炎**風險。在醫療程序或治療期間，麻醉醫護人員可能會用藥物來**使您放鬆**，並**減輕您的疼痛或不適**，但不會使您完全睡著。這稱為「**監測下麻醉管理**」(MONITORED ANESTHESIA CARE)或**鎮靜**。您可能會**意識到周圍環境**，但麻醉醫護人員會給您足夠的藥物，來確保您能夠**盡可能保持舒適**。

鎮靜所用的藥物可能會減緩您的呼吸速度。如果嚴重的話，可能需要改為全身麻醉。對於「**全身麻醉**」(GENERAL ANESTHESIA)，麻醉醫護人員會在醫療程序或治療期間，用藥物**讓您睡著（暫時失去意識）**，因此您不會意識到發生了什麼，也不會感到疼痛或不適。這將需要使用**呼吸管**將您連接至呼吸機，直到藥效消退，如果有必要可能會延長。

全身麻醉引起的最常見的副作用包含**喉嚨痛、噁心、嘔吐、暈眩**。儘管我們竭盡所能避免，這些副作用仍可能會發生。當使用呼吸管時，可能有**麻醉醫護人員傷害到您牙齒**的小風險。如果有牙齒鬆動或其他牙齒問題，這個風險可能會增加。

對於任何給予的藥物，您可能會出現**過敏反應**。即使您有嚴重的反應，您的麻醉醫護人員通常都能夠及早治療這些反應，並且足以保持您的安全。

全身麻醉引起的罕見但嚴重的問題包含**心臟病發作、肺炎、神經受損、中風**。在極罕見的情況下，全身麻醉可能無法使您完全鎮靜，您可能會意識到周圍環境（麻醉清醒）。

對於「**局部麻醉**」(REGIONAL ANESTHESIA)（**神經傳導阻滯**），包含「**脊髓麻醉法**」或「**硬膜外麻醉法**」，麻醉醫護人員會在神經附近注射麻藥。這會造成進行醫療程序或治療的身體部分**暫時喪失知覺與活動能力**。您可以保持清醒，也可以使用藥物來讓您感到昏昏欲睡（請見上方的「**監測下麻醉管理**」）。有時，在醫療程序之後也可以進行**神經傳導阻滯**，來協助治療您的疼痛。

局部麻醉引起的最常見的副作用為**注射部位不適及不完全的阻滯**。您可能會需要額外的止痛藥、另一次的神經傳導阻滯或全身麻醉，來使您完全舒適。在極罕見的情況下，局部麻醉可能會造成**出血、感染、神經受損**。接受**脊髓麻醉法或硬膜外麻醉法**的

病患，每 100 人中有一人會出現**頭痛**的症狀，但通常為輕度且暫時性。此頭痛問題通常可以用一般的止痛藥治療。

對於某些醫療程序，我們需要將導管置入您的動脈中（通常為腕部），以**非常密切地監測您的血壓**並採集血液樣本。如果需要直接對心臟給予藥物，或無法使用其他靜脈，我們會將中央靜脈導管置入您的頸部、肩膀附近或腹股溝的血管中。血管相關醫療程序的風險包含：感染、出血、神經受損、血管受損。

備註（例如：A 字型(A-line)、中線(central line)、耶和華見證人 (Jehova's witness)）：

知情同意的確認

我已和 (see below) 談論過麻醉劑的選擇。我已盡可能真實且完整地提供了我的病史。他／她已說明了麻醉明確的**類型、益處、風險與選擇**。

我的疑問均已得到回答。**我同意接受麻醉醫護人員認為最安全的護理**。

我了解麻醉的類型與風險可能會因醫療程序而異。在每個新的醫療程序前，麻醉醫護人員將會向我解釋麻醉劑，並且**我都有機會詢問問題**。

本麻醉同意書**對於我預定的醫療程序，以及可能的相關醫療程序均有效**。我可以隨時撤銷同意。

病患 (電話 / 口頭同意) (Patient)

X _____ Date/Time: _____

病患或代表簽名。若為代理人，與病患的關係：

配偶／同居伴侶 Spouse/Domestic Partner、父母 Parent、

成年子女 Adult Child、其他家庭成員 Other Family Member：_____，

醫療保健授權書 Power of Attorney、

監護人 Conservator、本次住院期間由病患口頭指定之代理人。Surrogate orally designated by patient during this admission

麻醉醫護人員 (Anesthesia Provider)

Printed Name: _____

Date/Time: _____ Signature/CHN: _____

譯人員 (若適用) (Interpreter)

Name or

Interpreter ID: _____

Date/Time: _____ Signature: _____

Phone interpreter services used

見證人 (醫療保健團隊成員) : (Witness)

(member of healthcare team)

Printed Name: _____

Date/Time: _____ Signature/CHN: _____

I acted as an interpreter for this consent discussion.