

瑞絲朗系列玻尿酸皮下植入物注射劑處置同意書

一式二聯

病人姓名：_____

病人出生日期：_____

病人病歷號碼：_____

一、經_____醫師診察後，建議實施處置（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 建議處置原因：

2. 建議處置名稱：

3. 各項費用：

(單位：新臺幣元)

編序	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明（有告知項目打「V」）

1. 說明醫師：

(1) 我已經以病人所能瞭解之方式，解釋這項處置之相關資訊，特別是下列事項：

☐ 需實施處置之原因☐ 不實施處置可能之後果☐ 其他可替代之處置方式☐ 如另有處置相關說明資料，我並已交付病人☐ 已告知此處置非屬急迫性質，不於說明當日進行，應經充分時間考慮後再決定施作與否。

(2) 病人問題詢問與答復：

(1) _____

(2) _____

(3) _____

說明醫師簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

立同意書人簽名

(註1)

日期：_____

時間：_____時_____分

(請立同意書人於說明醫師說明後簽署)

2. 執行醫師：

(1) 我已經以病人所能瞭解之方式，解釋這項處置之相關資訊，特別是下列事項：

☐ 處置步驟、範圍、風險、成功率☐ 處置併發症及可能處理方式☐ 預期處置後，可能出現之暫時或永久症狀☐ 如另有處置相關說明資料，我並已交付病人

(2) 病人問題詢問與答復：

(1) _____

(2) _____

執行醫師簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

時間：_____時_____分

醫師專科別及

專科證書字號：_____

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解施行這個處置目的、步驟、風險、成功率之相關資訊。

2. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解選擇其他處置方式之風險。

3. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解處置可能預後情況。

4. 醫師已向我解釋，並且已給我充分時間瞭解此處置非屬急迫性質及充分時間考慮後決定施作此處

置。

5. 針對我的情況、處置之進行、處置方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
6. 我瞭解這個治療無法保證一定能改善症狀。
7. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。

✓ ◎基於上述聲
立同意書人簽
電話：(0)
住址：

- 時間：_____時_____分
- 註1.立同意書人應需由病人親自簽具，並於「與病人之關係欄」註明為本人；病人若未年滿20歲或不能親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具，並於「與病人之關係欄」註明與病人之關係。
 - 註2.機構為病人實施侵入性檢查、治療或處置後，若須再度實施，除緊急情況外，應再度說明並簽具同意書，不得以同一療程等理由，僅簽署一次同意。