

Name _____

Age _____ Sex _____

Ward / Bed No. _____ Hospital No. _____

病人接受輸入全血或血液成份同意書

(一) 本人_____ (病人姓名) 因病況之需要，自願同意接受
_____ (醫生姓名) 之提議輸入全血或血液成份，其性質、目的、
效果、可能引致的風險及反應，已由_____ (醫生姓名) 向本人解釋明白。

或

本人_____ 為_____ (病人姓名) 之父母／監護人，
在此代表病人同意接受_____ (醫生姓名) 之提議接受輸入全血或
血液成份。有關輸入全血或血液成份的性質、風險及效益，已由_____
(醫生姓名) 向本人解釋明白。

(二) 本人確認在簽署此同意書前，已獲得有關輸入全血或血液成份的性質、風險及效益之資料。本人明白接受輸入全血或血液成份的需要。

(三) 本人確認收到有關輸入全血或血液成份的性質、風險及效益的資料單張 (已附單張)，
並已閱讀及完全明白其內容。

病人／父母／監護人姓名 _____

見證人姓名 _____

簽署: _____

簽署: _____

身份證/護照號碼: _____

日期: _____

日期: _____

醫生聲明： 本人已向病人解釋及回答有關輸入全血或血液成份的性質、風險及效益。據本人所理解，病人或家長／親屬已獲得充分資料及已簽妥同意書。本人已解答其提出的有關問題，而這些資料亦已記錄在病人的病歷內。

簽署: _____

醫生姓名: _____

日期: _____

翻譯

本人_____ (翻譯員姓名) 已向簽署人如實地及清楚地將此同意書的內容翻譯成_____ (語言或方言)。

簽署: _____

翻譯員姓名 _____

日期: _____