

患者氏名 :
患者 ID :

麻醉同意书

如果您同意接受麻醉，请在下面的栏里签字。

医生使用《麻醉说明书》向我做了详尽的说明，我已知晓麻醉及其风险，同意接受麻醉。我也同意在手术过程中如果发生需要更改麻醉方法、需要紧急救治的情况时，接受必要的处置措施。（同意后仍可以随时撤回。）另外，我也同意根据负责医生或麻醉医生的判断取消麻醉。

同意日 : 年 月 日
患者姓名 : _____ (字母·正楷)
患者签字 : _____
住址 : _____
代理人等姓名 : _____ (字母·正楷)
代理人等签字 : _____ (与患者关系)
住址 : _____

如果拒绝麻醉，请阅读下面文章，理解后在下面的签字栏中签字。

虽然医生已向我说明了麻醉的必要性，但我拒绝接受麻醉，并对由此产生的后果，不追究负责医生、麻醉医生和医院的责任。

签字日 : 年 月 日
患者姓名 : _____ (字母·正楷)
患者签字 : _____
住址 : _____
代理人等姓名 : _____ (字母·正楷)
代理人等署名 : _____ (与患者关系柄)
住址 : _____

我已向上述签字人做了关于麻醉的说明。

说明日 : 年 月 日 科 责任医生: _____ 盖章

我已确认上述患者（或代理人等）在本同意书上签注同意或拒绝实施麻醉。

确认日 : 年 月 日 科 责任医生: _____ 盖章

※患者如果是不具备同意能力的未成年人，或因意识障碍、病情等原因无法表示同意和签字，请由监护人、亲权人，或未成年监护人，或亲属等人在上面的代理人等签字栏签字。