



## 中重度鎮靜止痛告知同意書

基於疾病診斷之需要，我同意在內視鏡或其他檢查接受中重度鎮靜止痛，我同時了解此中重度鎮靜止痛是由麻醉專業人員親自執行，且麻醉專業人員已事先向我說明其目的是為了減緩檢查過程中之緊張不安和疼痛不適，亦向我一一說明相關風險、可能併發症及常見的副作用，並告知我須特別注意下列事項：

1. 有潛在性心臟血管系統疾病或腦血管系統疾病的受檢人，在檢查和恢復期間，有可能發生急性心肌梗塞或腦中風，情況嚴重者，可能導致重大傷殘或者死亡。
2. 在極罕見狀況下，可能會發生非預期之鎮靜止痛藥物**特異過敏**反應，當過敏情況嚴重時，可能導致重大傷殘或死亡。
3. 受檢人未依照檢查前衛教之禁食規定而私下飲食，或有腹內高壓（例如：腸阻塞、腹內重症等），可能會發生嘔吐，甚至造成吸入性肺炎。嚴重的吸入性肺炎，可能會併發致命的呼吸衰竭，導致死亡。
4. 在中重度鎮靜止痛過程中或檢查結束後，受檢人普遍會有程度不等的失憶、嗜睡、頭暈之藥理反應，這些藥效可能會持續 12-24 小時，直到藥物被身體完全代謝為止。
5. 在檢查結束後，受檢人有可能因第 4 點所描述之藥物作用而發生**警覺性降低、注意力不集中或判斷力減弱**等問題，醫院已強烈警告我接受中重度鎮靜止痛於檢查後，**嚴禁自行開車返家，以避免危險，同時醫院也建議我在離院返家路途上，應該安排成年親友陪同**，以避免因上述提及之副作用而發生意外。

麻醉專業人員已向我充分說明上列事項，我了解此中重度鎮靜止痛之目的、可能併發症、常見副作用和風險、其他替代方案及特別注意事項後，我同意接受中重度鎮靜止痛，特簽立此同意書。

立同意書人：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

緊急聯絡人：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

如立同意書人非病人本人時，請續填下列資訊：

與病人關係：病人之\_\_\_\_\_ 身分證號：\_\_\_\_\_

(依據醫療法規定，有完全行為能力之成年人需自己簽署同意書，惟在意識不清或無法書寫但授權之情況下，得由他人代為簽署)

填寫日期：公元 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

麻醉醫師/技術師：\_\_\_\_\_ (簽章)

填寫日期：公元 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

