

副本

收文日期	110.8.4
編號	0483

檔 號：
保存年限：

新北市政府衛生局 函

地址：220205新北市板橋區英士路192之1號3樓

承辦人：張美鳳

電話：(02)22577155 分機2058

傳真：(02)22557926

電子信箱：AH4971@ntpc.gov.tw



220

新北市板橋區三民路2段37號11樓

受文者：社團法人新北市牙醫師公會

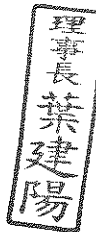
發文日期：中華民國110年8月4日

發文字號：新北衛醫字第1101454177號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：衛生福利部106年11月27日公告影本1份



主旨：衛生福利部110年8月3日重申有關牙醫門診手術同意書，應依該部106年11月27日公告之牙醫門診手術及麻醉同意書格式辦理(如附件)，惠請轉知所屬，請查照。

說明：依衛生福利部110年8月3日衛部心字第1101761790號函辦理。

正本：國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院、醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院、國泰醫療財團法人汐止國泰綜合醫院、佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院、天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院、天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院、衛生福利部雙和醫院(委託臺北醫學大學興建經營)、新北市立土城醫院(委託長庚醫療財團法人興建經營)、行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院、新北市立聯合醫院、衛生福利部臺北醫院、衛生福利部樂生療養院、輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院

副本：社團法人新北市牙醫師公會

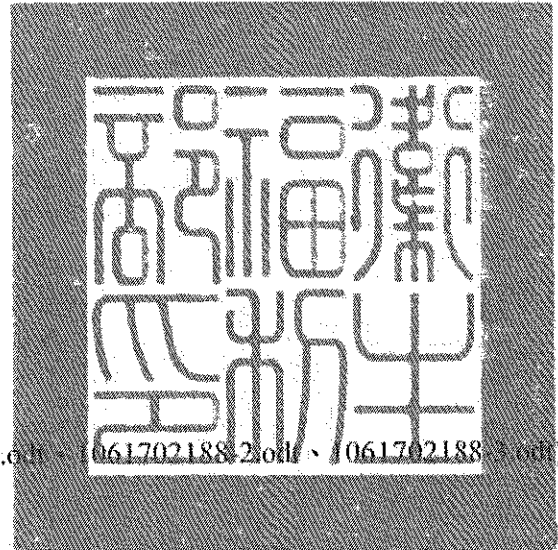
局長 陳潤秋

本案依分層負責規定授權業務主管決行



檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告



發文日期：中華民國106年11月27日

發文字號：衛部心字第1061702188號

附件：牙醫門診手術及麻醉同意書(1061702188-1.pdf、1061702188-2.pdf、1061702188-3.pdf)

主旨：公告「牙醫門診手術及麻醉同意書」格式，自即日生效。原行政院衛生署100年4月29日衛署醫字第1000261535號公告之「口腔手術局部麻醉同意書」格式，自107年5月1日停止適用。

依據：醫療法第六十三條第三項。

部長陳時中

牙醫門診手術及麻醉同意書

*基本資料

病人姓名_____

出生日期_____年_____月_____日

病歷號碼_____

手術同意書

一、擬實施之手術（以中文書寫，必要時醫學名詞得加註外文）

1. 疾病名稱：
2. 建議手術名稱：
3. 建議手術原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項手術之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
- 手術併發症及可能處理方式
- 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
- 預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
- 其他與手術相關說明資料，已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術的問題，並給予答覆：

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____

手術負責醫師

姓名：

簽名：

日期：

年

月

日

時間：

時

分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個手術的必要性、步驟、風險、成功率之相

關資訊。

2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解手術可能預後情況和不進行手術的風險。
4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血；我同意 不同意 輸血。
5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等，我已經向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
6. 我瞭解在手術過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
7. 我瞭解這個手術有一定的風險，無法保證一定能改善病情。
8. 我已經取得醫師交付之其他與手術相關說明資料

麻醉同意書

一、擬實施之手術名稱（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

醫師施行手術名稱：.....

- 人工牙根植入術
- 單純齒切除術
- 複雜齒切除術
- 其他

二、建議麻醉方式：

- 局部麻醉
- 鎮靜術
- 全身麻醉
- 其他

三、醫師之聲明

1. 我已經為病人完成術前麻醉評估之工作。
2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋麻醉之相關資訊，特別是下列事項：
 - 麻醉之步驟。
 - 麻醉之風險。
 - 麻醉後，可能出現之症狀。
 - 如另有麻醉相關說明資料，我並已交付病人。
3. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次手術涉及之麻醉問題，並給予答復：
 - (1)
 - (2)

(3)

醫師簽名： 日期： 年 月 日

時間： 時 分

四、病人之聲明

1. 我了解為順利進行手術，我必須同時接受麻醉，以解除手術所造成之疼痛及恐懼。
2. 醫師已向我解釋，並且我已了解施行麻醉之方式及風險。
3. 我已了解麻醉可能發生之副作用及併發症。
4. 針對麻醉之進行，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我同意進行此手術及麻醉。

立同意書人姓名： 簽名：
(※若您拿到的是沒有醫師聲明之空白同意書，請勿先在上面簽名同意)

關係：病人之 (立同意書人身分請參閱附註三)

身分證統一編號/護照號碼：

住址：

電話：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

附註：

一、手術的一般風險

1. 手術後，肺臟可能會有一小部分塌陷失去功能，以致增加胸腔感染的機率，此時可能需要抗生素、呼吸治療或其他必要的治療。
2. 除局部麻醉以外之手術，腿部可能產生血管栓塞，並伴隨疼痛和腫脹。凝結之血塊可能會分散並進入肺臟，造成致命的危險，惟此種情況並不常見。
3. 因心臟承受壓力，可能造成心臟病發作，也可能造成中風。
4. 手術過程仍可能發生難以預期的意外，甚至因而造成死亡。

二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

三、手術及麻醉同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：

1. 病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
2. 病人之關係人，係指與病人有特別密切關係之人，如伴侶（不分性別）、同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。
3. 病人不識字，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人於指印旁簽名。

四、醫療機構應於病人簽具手術及麻醉同意書後三個月內，施行手術，逾期應重新簽具同意

書，簽具手術及麻醉同意書後病情發生變化者，亦同。

- 五、手術進行時，如發現建議手術項目或範圍有所變更，當病人之意識於清醒狀態下，仍應予告知，並獲得同意，如病人意識不清醒或無法表達其意思者，則應由病人之法定或指定代理人、配偶、親屬或關係人代為同意。無前揭人員在場時，手術負責醫師為謀求病人之最大利益，得依其專業判斷為病人決定之，惟不得違反病人明示或可得推知之意思。
- 六、醫療機構為病人施行手術後，如有再度為病人施行相同手術之必要者，仍應重新簽具同意書。
- 七、手術過程中之麻醉，除輔助手術順利施行外，亦可免除手術時的疼痛和恐懼，並維護生理功能之穩定，但對於部分接受麻醉之病人而言，不論全身麻醉、區域麻醉或局部麻醉，均有可能發生以下之副作用及併發症：
 1. 對於已有或潛在性心臟血管系統疾病之病人，於手術中或麻醉後較易引起突發性急性心肌梗塞。
 2. 對於已有或潛在性心臟血管系統或腦血管系統疾病之病人，於手術中或麻醉後較易發生腦中風。
 3. 緊急手術，或隱瞞進食，或腹內壓高（如腸阻塞、懷孕等）之病人，於執行麻醉時有可能導致嘔吐，因而造成吸入性肺炎。
 4. 對於特異體質之病人，麻醉可引發惡性發燒（這是一種潛在遺傳疾病，現代醫學尚無適當之事前試驗可預知）。
 5. 由於藥物特異過敏或因輸血而引致之突發性反應。
 6. 區域麻醉有可能導致短期或長期之神經傷害。
 7. 其他偶發之病變。
- 八、醫療機構查核同意書簽具完整後，一份由醫療機構連同病歷保存，一份交由病人收執。