

麻醉知情同意书

本人特此授权、同意并请求西北麻醉医师协会 (Anesthesia Associates Northwest, AANW) 为本人进行必要的术前麻醉。本人所有与麻醉护理相关的问题或疑虑都得到了解答或解决。

- 深度镇静（丙泊酚全静脉麻醉） Deep Sedation (TIVA with Propofol):** 药物注入血液导致失去意识。患者可能会在反复或疼痛刺激后有目的地做出反应。一般可以自主呼吸。心血管功能通常能够得以维持。可能需要进行呼吸道干预。
- MAC（清醒镇静） MAC (Conscious Sedation):** 将药物注入血液以产生镇静作用但不会丧失意识。患者能够对口头命令做出有目的的反应。可以自主呼吸。心血管功能通常能够得以维持。

本人已被告知并了解麻醉有时会出现副作用，包括但不限于一些罕见的并发症。本人理解，在极少数情况下，并发症可能需要住院治疗，之后才能继续接受治疗。

副作用:

咽喉痛
颈部/下颌疼痛
恶心和/或呕吐
静脉注射部位疼痛或损伤
牙齿损伤
肿胀
鼻出血

罕见的并发症:

药品不良反应
呼吸道问题
误吸
低血压和/或心率过低
心律异常
麻痹
心脏病/中风
死亡

本人了解，向医疗服务提供者提供完整病史极为重要，包括需要披露本人正在服用的任何药物，无论是处方药还是非处方药。本人也了解，使用草药、酒精或任何类型的非法药物都可能导致严重的并发症，因此也必须予以披露。此外，本人还了解，既往任何因使用麻醉药引起的并发症都应披露。

本人承认，本人已阅读该知情同意书或他人已向本人读过该同意书，因此，本人了解麻醉服务的风险、替代方案和预期结果，并且本人有充足的时间提出问题并考虑决定。

通过签署本文件，本人特此声明，本人已被告知在怀孕期间使用某些麻醉药物可能会对未出生的孩子造成伤害。本人有机会弄清任何与怀孕期间麻醉和/或内窥镜检查有关的问题，并且本人所有的问题都得到了满意的答复。

本人进一步声明 未怀孕 已怀孕 不适用
I further represent that **I am not pregnant** **I am pregnant** **N/A**

并且本人特此允许医疗机构和 MPA 在本人的麻醉师认为适当的情况下在麻醉下进行结肠镜/内窥镜检查。

_____ 患者或法定代表人签名 Patient or Legal Representative Signature	_____ 日期 Date	_____ 时间 Time
_____ 麻醉师签名 Anesthesia Provider's Signature	_____ 日期 [NT] Date [NT]	_____ 时间 Time