

麻醉知情同意书

本人特此授权、同意并请求 **Complete Anesthesia Care, LLC (CAC)** 为本人的手术实施其认为必要的麻醉。本人已获得充分机会咨询与麻醉护理相关的所有问题或疑虑，均已得到解答。本人理解 **Complete Anesthesia Care** 并非 **Northwest Gastroenterology Clinic** 或 **NGC Endoscopy Services, LLC** 的代理机构。

麻醉类型：

- **深度镇静 (TIVA 静脉全麻, 使用丙泊酚)**：药物经静脉输注后，患者进入无意识状态。患者在反复或疼痛刺激下可能会作出有目的的反应。通常可维持自主呼吸及心血管功能。可能需要进行气道干预。
- **MAC (清醒镇静)**：药物经静脉输注后，产生镇静效果但不丧失意识。患者能够对语言指令作出有目的的反应。自主呼吸得以维持。心血管功能通常可维持。

本人已被告知并理解，麻醉偶尔可能会产生副作用，包括但不限于一些罕见并发症。本人理解，在极少数情况下，并发症可能需要住院以提供适当的持续治疗。

副作用：

- 喉咙痛
- 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

罕见并发症：

- 药物不良反应
- 呼吸障碍
- 误吸
- 低血压和/或心率过慢
- 心律异常
- 瘫痪
- 心脏病发作/中风
- 死亡

本人理解向本人的医疗服务提供者提供完整病史的重要性，包括如实告知本人正在服用的所有药物（处方药和非处方药）。本人也理解，使用草药、饮酒或任何非法药物可能导致严重并发症，必须如实告知。此外，本人理解本人还应告知以往麻醉过程中曾出现的任何并发症。

本人确认已阅读本文件，或已有人向本人宣读本文件；本人理解麻醉服务的风险、替代方案及预期结果，并且本人已拥有充足的时间提出问题并慎重作出决定。

通过签署本文件，本人确认已被告知：某些麻醉药物在孕早期或孕晚期使用时可能会对胎儿造成伤害。本人已获得充足机会就妊娠期间的麻醉和/或内镜检查提出疑问，所有问题均已得到令本人满意的解答。

本人进一步确认： 本人未怀孕 本人已怀孕 不适用

本人特此授权 **NGC Endoscopy Services** 和 **CAC** 在麻醉服务提供者认为适当的情况下，为本人实施 结肠镜检查 / 内镜检查，并配合麻醉。

患者签名 _____ 日期 _____ 时间 _____

父母或监护人（如需要） _____ 日期 _____ 时间 _____

麻醉提供者签名 _____ 日期 _____ 时间 _____