

# 手術またはその他の侵襲的手技治療の同意書

## CONSENT FOR SURGERY OR OTHER INVASIVE PROCEDURAL TREATMENT (JAPANESE)

1. 手術：私、 \_\_\_\_\_ [患者様のお名前]は、以下の手術に同意いたします：

\_\_\_\_\_ [手術について]。

私の担当医師は、私と話し合いました。私は、私が麻酔または鎮痛剤のどちらか、あるいは両方を受ける場合があるという事実を含め、自分の手術に関する事柄を理解しています。私は、自分の医療に関して責任を負い、意思決定を行う権利があることを理解しています。私は、追加の教材を受け取ることがあります。私は、自発的に、かつ制限なく意思決定を行いました。

- リスク：** 私の担当医師は、この手術に関連する特定のリスクに関して私と話し合いました。このようなリスクが発生した場合は、その治療のために追加の手術が必要になる可能性があります。私は、脳卒中、装置の故障、感染症、神経損傷、血栓、心臓発作、アレルギー反応、呼吸器不全、腎不全、出血、大量失血などを含む、任意の手術における一般的なリスクがあることを理解しています。これらのリスクは重篤かつ致命的である恐れがあります。私は、これらのリスクを理解し、十分にあり得ることであることも理解しています。麻酔または鎮静剤に関連するリスクと副作用については、私の手術前に、私と話し合いが行われます。手術前の麻酔または鎮痛剤に関し、私は、別の同意書への署名を求めらる可能性があります。
- 代替手段：** 担当医師から私に、この手術に対する妥当な代替手段が説明されました。担当医師は、この手術を行わない場合のリスクと利点について話し合いました。この情報を知った上で、私は、このフォームに記載されている手術を行うことを選択します。
- 利点：** 私の担当医師は、この手術に関連する可能性のある利点に関して私と話し合いました。私は、これらの利点が確実に得られるものではないことを理解しています。この手術の結果に関し、私に対していかなる保証もされていません。
- ケアチーム：** 私は、担当医師、 \_\_\_\_\_ [担当医師名]、に対し、この手術の執刀を許可します。私は、麻酔提供者、看護師、技師、医療装置の専門家、および外科チームなどからなるケアチームが、担当医師を補助することを許可します。このチームには、その他の担当外科医、研修医、フェロー、医学生、またはその他連携する医療の専門家が含まれる場合があります。私は、そのようなチームまたは助手が、上記の医師の指示のもとに、手術や処置を部分的に行うことを許可します。
- 手術室での同席：** 担当医師、またはその担当医師によって指定された、適切な資格を有する別の提供者は、手術または侵襲的治療において、要となる重要な部分を含み、実質的に大半の間同席し、手術におけるこうした部分が完了後、手術室を離れる場合があります。もし上記の医師が、私が手術を受けている手術室を離れた場合、その医師または適切な資格を有する別の提供者が、必要であれば私の手術を補助、または監督できるよう、常時すぐに活動できる状態にあるということを理解しています。
- 立会人：** 私の担当医師は、私の手術中、立会人を許可します。立会人はケアチームの一員ではなく、また治療に参加することはありません。
- 輸血：** 担当医師と私は、以下にマークされるように、この処置に関連して輸血が必要となる可能性、および予測されない事態を含む場面における輸血に関する私の希望について、話し合いました。  
**担当医師：** 以下の関連するオプションにチェックマークを入れてください。ここでの選択肢は同意または拒否の証拠では**ありません**。決定事項を適切に文書化する指示を提供します。輸血の同意または拒否のいずれかで進めるには、個別の関連書類に記入してください。  
 輸血は本処置に必要なことは予想されていません。輸血前検査（血液型および血液検査）は行われていません。その他のフォームは不要です。  
 輸血が指示される場合があります。輸血前検査（血液型および血液検査）が予想されます。輸血の同意を文書化するには、フォーム#397073- 輸血におけるインフォームドコンセントを使用してください。\*\*  
 患者様は輸血で救命できる場合でも輸血に同意して**いません**。輸血の拒否を文書化するには、該当する臨床基準、無輸血プログラム、成人または無輸血プログラム「新生児、小児、成人の扶養家族」にしたがってください。\*\*
- 病理：** 私は、組織、血液、体液などの標本が検査、廃棄、または医学研究や調査において将来使用するために保管されることを認めます。標本が関連する研究は、適切な審査委員会によって審査されます。私は、自分の組織またはその他の移植された素材が私に返還されないことを理解しています。例外の要請は、個別に審査されます。
- 動画または写真による記録：** 私は、私の治療および/または診断の一環として行われる動画または写真による記録が臨床的な教育または専門書に役立つ可能性があることを理解しています。この方法で使用される場合、私は、個人の特定ができないようにするため（「非特定化」と称される）、私の記録が編集されることを理解しています。動画または写真による記録は、その他のいかなる目的においても私の許可なしで使用されません。  
\_\_\_\_\_ (患者様のイニシャル) 私は、非特定化した動画または写真による記録を臨床的な教育または専門書で使用することを許可**しません**。

### Day of Procedure

Verify patient consents to the documented procedure.

RN/Tech initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_

### Day of Procedure

\*\*Verify patient's signed documents are in the medical record.

RN/Tech initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_

この手術に関するすべての質問に対し、満足のいく回答が得られました。以下に署名することにより、この手術に対する私の同意を保証するものとします。

署名 (患者様または法的代理人) \_\_\_\_\_

氏名 (活字体) \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

時間 \_\_\_\_\_

続柄 (患者様以外の場合) \_\_\_\_\_

### 担当医師の声明：

私は、患者様/法的代理人の方にこの書類の同意について説明したうえ、患者様のすべての質問に私が知る限りの範囲で回答しました。この患者様に対し、適切に知らせ、納得していただいたと思っています。

担当医師の署名 \_\_\_\_\_

氏名 (活字体) \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

時間 \_\_\_\_\_

はい - このプロセスの一環として、通訳を利用しました。

### Consent Update

Patient consent validation, if patient signature date is greater than 90 days prior to the procedure date.

Practitioner initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_

PATIENT LABEL



SEATTLE, WASHINGTON

Form 396230-JAPANESE Rev. 07/2018

手術またはその他の侵襲的手技治療の同意書