

○○醫院（診所）再生醫療同意書內容

*基本資料

病人姓名_____ 出生日期____年____月____日 病歷號碼_____

一、擬執行之再生醫療

1. 疾病診斷（含期別）：

2. 建議執行再生醫療之名稱及適應症：

3. 建議執行原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項再生醫療之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施該技術之原因、執行步驟與範圍：_____
- 執行再生醫療之已知效果及風險：_____
- 執行再生醫療併發症、可能之不良反應、可能處理方式及救濟措施：_____
- 不執行再生醫療可能之後果及其他可替代或併行之標準治療方式（例如：_____）
：_____
- 預期執行後，可能出現之暫時或永久症狀：_____
- 其他與再生醫療相關說明資料，已交付病人：_____

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次執行再生醫療之問題，並給予答覆：

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

執行醫師

姓名：_____ 簽名：_____

專科別：_____

日期： 年 月 日 時 間： 時 分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解執行再生醫療之必要性、步驟、已知效果及風險、成功率、可能之預後情況、不良反應及救濟措施等相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，該疾病其他可替代或併行之標準治療方式，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險與效果。
3. 我瞭解再生醫療必要時可能會輸血，以及不輸血的後果；我同意 不同意 輸血。

4. 對我個人情況、技術之進行、治療方式或相關事項，我已經向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
5. 我瞭解在執行再生醫療之過程中，如果因治療之必要而採集組織，醫療機構可能會將其保留一段時間進行檢查，並且在之後予以銷毀，或依法另外取得我個人同意做其他用途。
6. 我瞭解再生醫療有一定風險，無法保證一定能改善病情，仍決定接受執行再生醫療。
7. 我已經充分瞭解再生醫療整個療程次數及收費方式。
8. 我瞭解並同意依照「再生醫療法」第十六條規定，醫療機構應將個人資料及治療相關紀錄登錄於衛生福利部建置之資訊系統。
9. 醫師已給我充分時間，考慮是否接受執行再生醫療。

基於上述聲明，我同意進行此再生醫療。

立同意書人姓名：_____ 簽名：_____

(※若您拿到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二)

身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

住址：_____

電話：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

附註：

- 一、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。
- 二、再生醫療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；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。
 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。
- 三、醫療機構應於病人簽具再生醫療同意書後三個月內，執行技術，逾期應重新簽具同意書，簽具同意書後病情發生變化者，亦同。
- 四、再生醫療進行時，如發現建議項目有所變更，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，執行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。
- 五、醫療機構為病人執行再生醫療後，如有再度為病人執行再生醫療之必要者，仍應重新簽具同意書。
- 六、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。