

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 36岁 床号: B513-39 手术者: 挑英

病历号: 00948181 科室: 南院眼角膜病房 手术日期: 2019年09月08日

病情摘要
1. 患者中年男性, 病程4年, 近一年角膜赘生物生长迅速。
2. 入院前4年无明显诱因偶然发现左眼球白色瘢痕就诊于天津市眼科医院, 相关检查后诊断为圆锥角膜, 建议行角膜移植手术, 患者拒绝。近1年来, 患者发现左眼球出现赘生物, 生长速度快, 无眼痛, 眼胀及眼球运动障碍, 伴有眼睑闭合困难。
3. 既往: 否认外伤史
4. 查体: VOD1.0 OS 光感/30cm, IOP OD14mmHg OS测不出, 右眼球结膜无充血, 角膜透明, 前房中深, 晶状体无混浊, 玻璃体及眼底未见异常。左眼上下眼睑闭合不全, 球结膜无充血, 上方及下方周边角膜约1mm环形透明区, 中央角膜肿物, 质韧, 肿物表面小血管分布, 无压痛, 表面未见毛发生长。肿物基底月9x9mm, 呈圆锥形形态。晶状体及玻璃体窥不入。

主要诊断: 左眼角膜肿物

手术名称: 左眼角膜肿瘤切除+板层角膜移植(备穿透性角膜移植)

手术风险
角膜肿瘤组织如侵犯全层, 无法完全剥离肿瘤组织, 则手术中可能改为穿透性角膜移植术。
板层角膜移植手术风险
1. 术中发生全麻, 局麻意外的可能。2. 术中有植床穿破, 改为穿透性角膜移植术的可能。3. 术后发生层积液可能。4. 术后原发病复发, 感染不能控制的可能。5. 术后睑球粘连复发, 假性胬肉发生的可能。6. 术后发生植片排斥或发生溶解的可能。7. 术后视力不足。

患者/家属意见
与患者关系
签字

主管医师签字 日期 2019.9.8.6

手术同意书

第1页

门诊号

住院号00948181

姓名

科室南院眼角膜病房

患者姓名:

性别:男

年龄:36岁

科 室:南院眼角膜病房

病房或病区:5层B区(南区)

病案号:00948181

尊敬的患者:

您好!

根据您目前的病情,您有此手术的适应症,建议您采取手术治疗,特向您详细介绍和说明:病情简介、术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险(包括术中或术后可能出现的并发症等)和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等,帮助您理解相关手术情况,帮助您做出选择。(鉴于医学手术风险较高(大),发生意外事件难以避免,建议您术前购买手术意外保险,分担手术风险)。

医师告知:

【病情简介】(主要症状、体征、疾病严重程度):

【术前诊断】:左眼角膜肿物

【建议拟行手术名称】:左眼角膜肿瘤切除+板层角膜移植(备穿透性角膜移植术)

【手术目的】清除病灶 改善视力 改善外观 为治疗其他眼病

【手术部位】:右眼 左眼 双眼

【拟行手术日期】:2019年8月8日

【麻醉方式】(仅限局麻):局部麻醉 心电监护 安定镇痛 全身麻醉

【拟行手术指征及禁忌症】:指征:视力下降 影响外观 病变逐渐增大

患者目前暂无全身及眼部手术禁忌症。

【拒绝手术可能发生的后果】:原有眼底病情加重 视力下降 其他:

【手术风险,包括术中或术后可能出现的并发症等】:

肿物切除

根据患眼病因和病情的不同,手术成功率也有所不同,同时手术中及术后也有发生以下意外和并发症的可能:

1. 术中术后出血,感染可能。
2. 手术不提高视力,术后视力不定。
3. 术后角膜结膜瘢痕形成,出现眼干异物感等不适。
4. 术后出现睑球粘连,严重者眼球运动受限,复视,需二次或多次手术可能。

手术同意书

第2页

门诊号

科室南院眼角膜病房

住院号00948181

5. 原发病复发再次行手术可能。



6. 发生青光眼，白内障可能。

7. 切除肿物及结膜范围过大，延伸入眶内肿物。

8. 肿物病理性质需待病理结果确定。

9. 麻醉意外，心脑血管意外。

10. 其他：

板层角膜移植术：

1. 术中发生全麻，局麻意外的可能。

2. 术中有植床穿破，改为穿透性角膜移植术的可能。

3. 术后发生层积液可能。

4. 术后原发病复发，感染不能控制的可能。

5. 术后睑球粘连复发，假性胬肉发生的可能。



6. 术后发生植片排斥或发生溶解的可能。

7. 术后视力不定。

8. 其他：

【术后主要注意事项】：遵从医嘱，按时用药、定期复查、如出现病情变化请及时就诊。

【患者自身存在高危因素】：无明显高危因素 单眼 多次眼部手术 儿童或婴儿患者、早产儿患者 全身情况差，术后全身病情加重可能。 其他：

【替代医疗方案】（目前的主要不同治疗方案及手术方式介绍）：目前暂无其他替代医疗方案。

我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，医疗意外风险等因素，不可能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、成疾、组织器官损伤功能障碍等严重不良后果，及其它术前不可预见无法告知的特殊情況，敬请理解。

我已向患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人已知并理解了上述信息。

手术同意书

患者/家属/法定监护人签名：

签名时间：2019年8月6日 时 分

手术同意书

第3页

门诊号

科室南院眼
科内房

住院号 8181

姓名

经治医师签名：李智丁

签名时间：2019年8月6日

时 分

签名地点：医生办公室

术者签名确认：李智

潘志勇

患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人确认：

医师向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就第到第项医疗风险向我进行了详细说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答案。

我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容，特做以下声明：

(请患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人在横线上填写“我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容，特做以下声明：”字样)

我同意（填写“同意”）接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。

并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。

患者签名：李智

患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名：刘均海

与患者关系：夫妻

联系电话：13920902441

签名时间：2019年8月6日 时 分 签名地点：医生办公室

我不同意（填写“不同意”）接受医师建议的手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名：

患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名：

手术同意书

第4页

科室南院眼角膜病房

门诊号

住院号00948181

姓

与患者关系:

签名时间: 2019 年 8 月 6 日 10 时 00 分

患者

电话:

签名地点:

患者

备注:

如果患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人拒绝签名,请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

注:

- 1、术中出现术前不可预见无法告知的特殊情况,需要切除器官、腔镜手术改为开放手术等,应再次履行知情告知义务,并签署知情同意书。
- 2、手术麻醉,由麻醉医师操作的,应当由麻醉医师与患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人另行签署麻醉知情同意书。
- 3、使用医用高值耗材或自费项目需另行签署知情同意书。
- 4、患者近亲属的范围,按北京市高级人民法院规定——患者配偶;患者成年子女及儿媳、女婿;患者父母、岳父母及公婆;患者兄弟、姐妹及其配偶;患者配偶的兄弟、姐妹及其配偶;患者祖父母、外祖父母、孙子女;
- 5、委托代理人是指患者本人授权具有法律行为能力的人。
- 6、患者委托近亲属或代理人签字,应当书写授权委托书;患者近亲属、代理人签名,要签本人的名字;核实患者近亲属及代理人身份证原件并留取身份证复印件。
- 7、患者法定监护人按法律规定是指无行为能力和限制行为能力的监护人,如未成年子女的父母、无行为能力和限制行为能力精神障碍患者的配偶、父母或法律指定的监护人。患者法定监护人签字并提供与患者身份关系的法定证明文件。
- 8、如果知情同意书是多页的,患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人在每一页都要签字
- 9、建议此知情同意书采用一式两份,患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人留存一份。

手术同意书

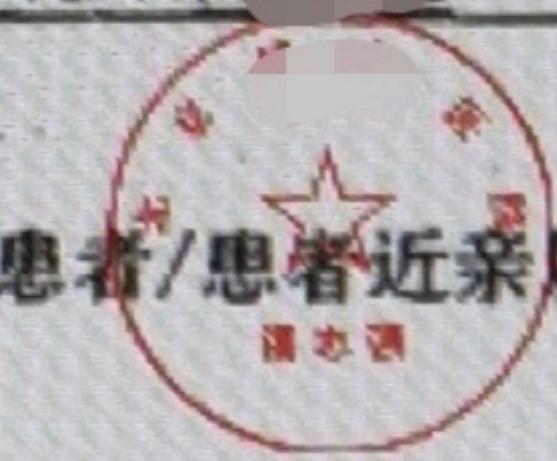
第5页

科室南院眼角膜病房

门诊号

住院号00048181

姓名



患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名:

孙兰凤



手术同意书

患者/家属/法定监护人签名:

孙兰凤 签名时间: 2019年8月6日 时 分