

河北省眼科医院
河北省眼病治疗中心
手术知情同意书

科室: 眼眶病与眼肿瘤科 姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 38岁 床号: 57 病案号: [REDACTED]

术前诊断: 左侧眼眶占位病变, 双眼屈光不正

手术名称: 左侧眼眶肿物切除术

麻醉方式: 局部麻醉

根据患者病情需实施该项手术, 但此手术存在一定的风险和可能出现手术并发症及其他无法预料的意外情况, 为此特别郑重向患者或委托代理人交待术中或术后可能发生的意外情况及并发症, 包括但不限于:

- 1、麻醉意外, 术中发生心脑血管意外, 药物过敏, 甚至危及生命。
- 2、术中根据具体情况必要时改变手术方式。
- 3、术中、术后出血, 切口感染, 瘢痕形成, 影响美容。
- 4、手术后因手术创伤、水肿、眼球移位出现复视, 需逐渐恢复半年以上, 必要时手术处理。
- 5、术后上睑下垂, 眼球运动障碍, 视力下降与丧失。
- 6、肿瘤性质待定, 如果病理回报为恶性, 有可能出现全身转移, 最终危及生命, 故术后需辅以化疗及放疗治疗。
- 7、肿瘤复发, 再次手术可能。
- 8、眶周皮肤麻木。
- 9、其它难以预料的手术意外及并发症。

对于上述并发症的发生, 医生将会按照医学治疗原则进行常规预防, 但可能难以完全避免, 若发生上述风险及意外情况, 医生会采取积极的救治措施。

患者知情选择

- ★ 我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。
- ★ 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- ★ 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- ★ 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。
- ★ 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。
- ★ 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- ★ 我理解术后如果不遵医嘱, 可能影响手术效果。

医生将治疗方案及各种风险详细向我进行了告知, 我已经充分了解病情及医疗风险, 经过慎重考虑, 我自愿选择此项手术, 并有充分的思想准备承担可能面临的风险及由此增加的医疗费用。特此签字为证:

对于以上交待术中及术后可能并发症:

1、理解 上述内容及风险

2、同意 手术治疗

患者或授权(法定)代理人签字:

2014年12月3日

手术知情同意书

科室：眼眶病与眼肿瘤科 姓名：[REDACTED] 性别：男 年龄：38岁 床号：57 病案号：[REDACTED]

患者或授权（法定）代理人签字：

代理人与患者关系：本人

授权（法定）代理人通信地址：河北永年县临洛关镇洛兴路

联系电话：151000890410

授权（法定）代理人工作单位：国网河北永年县供电公司

2014年12月3日

医生陈述：

我已经告知患者或授权（法定）代理人将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

告知医师签名：[REDACTED]

术者签名：[REDACTED] 2014年12月3日

手术知情同意书

科室：眼眶病与眼肿瘤科 姓名： 性别：女 年龄：43岁 床号：57 病案号：

术前诊断：右侧眶内占位病变

拟手术名称：右眼外侧开眶眶内肿物切除术

麻醉方式：全身麻醉

根据患者病情需实施该项手术，但此手术存在一定的风险和可能出现手术并发症及其他无法预料的意外情况，为此特别郑重向患者或委托代理人交待术中或术后可能发生的意外情况及并发症，包括但不限于：

- 1、麻醉意外，术中发生心脑血管意外，药物过敏，甚至危及生命。
- 2、术中根据具体情况必要时改变手术方式。
- 3、术中、术后出血，切口感染，瘢痕形成，影响美容。
- 4、手术后因手术创伤、水肿、眼球移位出现复视，需逐渐恢复半年以上，必要时手术处理。
- 5、术后上睑下垂，眼球运动障碍，视力下降与丧失。
- 6、肿瘤性质待定，如果病理回报为恶性，有可能出现全身转移，最终危及生命，故术后需辅以化疗及放疗治疗。
- 7、肿瘤复发，再次手术可能。
- 8、眶周皮肤麻木。
- 9、如肿物与泪器关系密切，术后可能出现流泪。
- 10、外侧开眶入路，需切开眶外壁，术中需应用钛钉、钛板等人工材料，术后可能出现人工材料排斥、感染等情况，必要时需再次手术取出；术后可能出现骨折不愈合、畸形愈合、甚至骨坏死等情况；必要时需再次手术处理。
- 11、其它难以预料的手术意外及并发症。

对于上述并发症的发生，医生将会按照医学治疗原则进行常规预防，但可能难以完全避免，若发生上述风险及意外情况，医生会采取积极的救治措施。

患者知情选择

- ★ 我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。
- ★ 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- ★ 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- ★ 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。
- ★ 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。
- ★ 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- ★ 我理解术后如果不遵医嘱，可能影响手术效果。

患者或授权（法定）代理人签字：

2016年8月23日

手术知情同意书

科室：眼眶病与眼肿瘤科 姓名：[REDACTED] 性别：女 年龄：43岁 床号：57 病案号：[REDACTED]

医生将治疗方案及各种风险详细向我进行了告知，我已经充分了解病情及医疗风险，经过慎重考虑，我志愿选择此项手术，并有充分的思想准备承担可能面临的风险及由此增加的医疗费用。特此签字为证：

对于以上交待术中及术后可能并发症：

- 1、理解 上述内容及风险 2、同意 手术治疗

患者或授权（法定）代理人签字：

代理人与患者关系：本人

授权（法定）代理人通信地址：河北大名县西付渠乡后杨村

联系电话：15031718743

授权（法定）代理人工作单位：无

2016年 8月 23日

医生陈述：

我已经告知患者或授权（法定）代理人将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

告知医师签名：王

术者签名：

2016年 8月 23日