

西部战区总医院

知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

一、疾病背景和治疗相关:

医生已告知患者患有: 视网膜光损伤疾病, 现对患者进行规范治疗, 同时, 与患者沟通后, 欲将其纳入我科病例研究项目。

1、疾病背景:

视网膜光损伤疾病, 是越来越多的视网膜疾病。不同光源的损伤会有不同的表现, 患病后, 患者眼前可以有固定视野遮挡, 也可以局部模糊变形。常见光源损伤有 3 种类型: 热损伤、光化学损伤、机械损伤。可能的损伤机制有: 氧化应激、感光细胞凋亡、脂褐素毒性、钙超载、视紫红质介导等等, 但具体的损伤机制并不清楚。一般来讲, 光损伤对视网膜的破坏往往不易修复, 目前并没有特异的治疗方案, 但早期干预可能通过减少炎症等途径控制病程发展, 取得就好的预后。视网膜光损伤的预防、早期诊断、干预治疗显得十分重要。

2、治疗相关:

针对您或您家属的疾病, 目前并未有特效治疗方案, 但患者实际情况, 我院提供治疗方案如下 (请您在听取医生对以下治疗方式及其利弊的仔细讲解后, 选择是否同意):

局部给予典必殊滴眼液抗炎治疗 1 周;

口服维生素 C、牛磺酸等抗氧化剂 2 周;

口服甲钴胺片、银杏叶提取物片等神经营养药物 2 周;

☒ 同意

☐ 不同意

二、告知事项:

1) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病进行治疗, 并通过与医生咨询后, 对治疗方法和治疗效果有足够的了解;

2) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病进行检查, 并配合检查, 检查结果可以留作院方医疗研究使用, 但不可用作商业用途;

3) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病进行研究, 配合院方进行合理治疗, 并实情告知治疗效果;

4) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病研究所有成果用于医学学术发表, 所有科研成果由院方负责资料整理、归档、发表等, 促进学科发展, 但不可用作商业用途;

5) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病进行研究, 不会无故中途停止, 若有特殊原因, 需经院方同意后方可退出研究;

患者签名及指印: [REDACTED]

签名日期 2021 年 3 月 20 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

医生陈述:

我已经告知患者将要进行治疗和研究事项等内容, 并对患者整个过程疾病治疗和研究过程中需要承担的责任与义务进行了明确。

医生签名: [REDACTED]

签名日期 2021 年 3 月 20 日

知情同意书

医生已告知患者患有：视网膜光损伤疾病，现对患者进行规范治疗，同时，与患者沟通后，欲将其纳入我科病例研究项目。

视网膜光损伤疾病，是越来越多的视网膜疾病。不同光源的损伤会有不同的表现，患病后，患者眼前可以有固定视野遮挡，也可以局部模糊变形。常见光源损伤有 3 种类型：热损伤、光化学损伤、机械损伤。可能的损伤机制有：氧化应激、感光细胞凋亡、脂褐素毒性、钙超载、视紫红质介导等等，但具体的损伤机制并不清楚。一般来讲，光损伤对视网膜的破坏往往不易修复，目前并没有特异的治疗方案，但早期干预可能通过减少炎症等途径控制病程发展，取得就好的预后。视网膜光损伤的预防、早期诊断、干预治疗显得十分重要。

针对您或您家属的疾病，目前并未有特效治疗方案，但患者实际情况，我院提供治疗方案如下（请您在听取医生对以下治疗方式及其利弊的仔细讲解后，选择是否同意）：

局部给予典必殊滴眼液抗炎治疗 1 周;

口服维生素 C、牛磺酸等抗氧化剂 2 周:

口服甲钴胺片、银杏叶提取物片等神经营养药物 2 周;

☒ 同意 ☐ 不同意

1)我同意医生就本人视网膜光损伤疾病进行治疗,并通过与医生咨询后,对治疗方法和治疗效果有足够的了解;

2)我同意医生就本人视网膜光损伤疾病进行检查,并配合检查,检查结果可以留作院方医疗研究使用,但不可用作商业用途;

3) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病进行研究, 配合院方进行合理治疗, 并实情告知治疗效果;

4) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病研究所有成果用于医学学术发表, 所有科研成果由院方负责资料整理、归档、发表等, 促进学科发展, 但不可用作商业用途;

5) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病进行研究, 不会无故中途停止, 若有特殊原因, 需经院方同意后方可退出研究; [REDACTED]

患者签名及指印: _____ 签名日期 2021 年 6 月 10 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

我已经告知患者将要进行的治疗和研究事项等内容,并对患者整个过程疾病治疗和研究过程中需要承担的责任与义务进行了明确。 1/

医生签名: 张峰

签名日期 2021 年 6 月 10 日

西部战区总医院

知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

一、疾病背景和治疗相关:

医生已告知患者患有: 视网膜光损伤疾病, 现对患者进行规范治疗, 同时, 与患者沟通后, 欲将其纳入我科病例研究项目。

1、疾病背景:

视网膜光损伤疾病, 是越来越多的视网膜疾病。不同光源的损伤会有不同的表现, 患病后, 患者眼前可以有固定视野遮挡, 也可以局部模糊变形。常见光源损伤有 3 种类型: 热损伤、光化学损伤、机械损伤。可能的损伤机制有: 氧化应激、感光细胞凋亡、脂褐素毒性、钙超载、视紫红质介导等等, 但具体的损伤机制并不清楚。一般来讲, 光损伤对视网膜的破坏往往不易修复, 目前并没有特异的治疗方案, 但早期干预可能通过减少炎症等途径控制病程发展, 取得就好的预后。视网膜光损伤的预防、早期诊断、干预治疗显得十分重要。

2、治疗相关:

针对您或您家属的疾病, 目前并未有特效治疗方案, 但患者实际情况, 我院提供治疗方案如下 (请您在听取医生对以下治疗方式及其利弊的仔细讲解后, 选择是否同意):

局部给予典必殊滴眼液抗炎治疗 1 周;

口服维生素 C、牛磺酸等抗氧化剂 2 周;

口服甲钴胺片、银杏叶提取物片等神经营养药物 2 周;

☒ 同意 ☐ 不同意

二、告知事项:

1) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病进行治疗, 并通过与医生咨询后, 对治疗方法和治疗效果有足够的了解;

2) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病进行检查, 并配合检查, 检查结果可以留作院方医疗研究使用, 但不可用作商业用途;

3) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病进行研究, 配合院方进行合理治疗, 并实情告知治疗效果;

4) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病研究所有成果用于医学学术发表, 所有科研成果由院方负责资料整理、归档、发表等, 促进学科发展, 但不可用作商业用途;

5) 我同意医生就本人视网膜光损伤疾病进行研究, 不会无故中途停止, 若有特殊原因, 需经院方同意后才可退出研究;

患者签名及指印: [REDACTED] 签名日期 2020 年 9 月 17 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

医生陈述:

我已经告知患者将要进行治疗和研究事项等内容, 并对患者整个过程疾病治疗和研究过程中需要承担的责任与义务进行了明确。

医生签名: [REDACTED]

签名日期 2020 年 9 月 17 日