

玻璃体腔注药（雷珠单抗注射液）术手术知情同意书			
患者姓名	性别	年龄	病历号
	男	69	
疾病介绍和治疗建议			
医生已告知我的双眼患有黄斑水肿，需要在局麻醉下进行双眼（雷珠单抗注射液）玻璃体腔注药手术。			
手术潜在风险和对策			
<p>以下是玻璃体腔注药术（雷珠单抗注射液）常见的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术方式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。</p> <p>1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。</p> <p>2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。</p> <p>3. 我理解此手术存在以下风险和局限性：球结膜下出血；角膜上皮损伤；高血压；白内障加重；术后炎症反应；假性前房积液；无菌性玻璃体炎；眼内炎；眼内出血；视网膜脱离；黄斑水肿病情不能控制；心脑血管意外；术中可能根据情况改变术式；术后需要按医生要求定期复查，必要时重复注射治疗；除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如：</p> <p>4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等全身疾病或者有吸烟史，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。</p> <p>一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。</p>			
患者知情选择			
<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 我理解我的手术需要多位医生共同进行。 ● 我并未得到手术百分之百成功的许诺。 ● 我同意医生将我的相关医学资料及检查报告结果用于科学研究，医学学术交流及医学论文发表。 			
患者签名	签名日期 2018-5-25		
如果患者无法签署同意书，请其授权的亲属在此签名：			
患者授权亲属签名	与患者关系	签名日期	
医生陈述			
我已经告知患者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。			
医生签名	签名日期 2018-5-25		