

中国人民解放军总医院第七医学中心
眼部肿物手术风险知情同意书

患者姓名: 性别: 女 年龄: 5.8月 住院号/门诊号: 科室: 眼科病房 床号: 9

一、病情、诊断和治疗方案

患儿因发现右眼突出五月。等不适症状到该医院治疗。入院后,经治医师对我的病史进行了详细询问,对我的身体进行了全面而系统的检查,并做了必要的辅助检查,涉及我健康问题相关科室的专家也进行了会诊。经治医师告诉我,目前对我的病症考虑如下诊断:1. 右眼眶肿瘤

对于该病症,医师已经将目前比较好的治疗方法向我作了介绍,结合我的具体情况和医师的建议,我最终考虑可以接受:

右眼眶肿物切除术

手术的目的和效果:手术是治疗某些眼外伤疾病唯一有效的方法,如外伤性白内障、严重的玻璃体积血、眼内异物、视网膜脱离等,术后效果及视功能的恢复很大程度与自身条件有关。

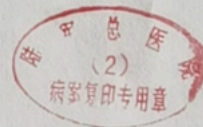
二、拟施治疗方案可能发生的并发症

在我明确表示接受该手术方案之前,医师已经将手术的方法、麻醉方式和术中、术后的并发症及其他风险都已经向我做了交待,本人对医师的告知内容已经清楚并理解,我知道手术治疗是一种创伤性的治疗手段,也是一种有效的治疗手段,但术中和术后可能发生的意外情况和并发症包括但不限于:

- 1、麻醉并发症,严重者可导致休克,危及生命。
 - 2、术中损伤神经、血管及邻近器官,如。
 - 3、术中术后有球后出血、局部及感染之可能。
 - 4、术中术后有视力下降甚至丧失、眼球后陷、斜视、复视、眼球运动障碍及上睑下垂之可能。
 - 5、术后切口外有皮肤、结膜瘢痕。
 - 6、泪腺部肿物术后有导致角膜干燥症及角膜溃疡之可能。
 - 7、眶内上部肿物术后导致额部感觉障碍之可能
 - 8、术后肿物有复发转移、危及生命之可能。
 - 9、全麻有意外、危及生命之可能。
 - 10、术吸输血和输血反应导致生命意外之可能。
 - 11、中有心、脑血管意外之可能。
 - 12、眶内深部肿物术后有瞳孔开大反射异常之可能
 - 13、除上述情况外,本例手术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。
- 医师向详细交待和解释了以上手术风险。这些并发症可以导致本人身体器官严重功能障碍,甚至留下终身残疾,严重的还可以危及生命。

三、术中紧急情况处置授权

本人明白除了医生告知的危险以外,手术有可能出现的其他危险,并且在手术中可能会发生预想不到的情况,在此我也授权医师,在遇到预料之外的情况时,从考虑本人利益角度



出发，按照医学常规予以处置，尤其是发生紧急、危险情况时，本人☒同意，☐不同意授权
医师可以即时处置。

四、授权特定医师实施手术

我允许有该手术技术资格、经验的医师和其亲自选择的他可以信赖的助手为我实施上述
手术方案。

该格式文本系医院提供，有关内容是医师向我告知时填写，我同意使用该文本，勾画选
择的内容是医师向我告知时的真实内容。

五、免责声明

上述问题一旦发生，本人理解这是医学上难以避免的并发症，相信医护人员将竭尽全力
救治，本人对此有充分的思想准备，并积极配合医生治疗，按规定缴纳一切费用。由该手术
引发的上述情况，本人放弃通过行政、司法等途径来主张权利。

最后本人明确表示☒同意，☐不同意 做此手术。

患者签名：（实施保护性医疗措施或者患者无法履行知情同意权时，可以空缺，但医师
应注明）：

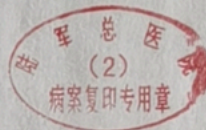
名：[REDACTED] 法定监护人/委托代理人/同意对该患者进行手术的其他直系亲属）签
（需附有效身份证件、身份关系证明材料、授权文件）

告知医师签名：



2019年05月11日

2019年05月11日



中国人民解放军总医院第七医学中心
眼部肿物手术风险知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 男 年龄: 0 住院号/门诊号: [REDACTED]
科室: 眼科病房 床号: 6

一、病情、诊断和治疗方案

本人因发现右眼肿物一月余等不适症状到该医院治疗。入院后,经治医师对我的病史进行了详细询问,对我的身体进行了全面而系统的检查,并做了必要的辅助检查,涉及我健康问题的相关科室的专家也进行了会诊。经治医师告诉我,目前对我的病症考虑如下诊断:右眼眶及球内占位

对于该病症,医师已经将目前比较好的治疗方法向我作了介绍,结合的的具体情况和医师的建议,我最终考虑可以接受:

右眼眶内容物剔除

手术的目的和效果:手术是治疗某些眼外伤疾病唯一有效的方法,如外伤性白内障、严重的玻璃体积血、眼内异物、视网膜脱离等,术后效果及视功能的恢复很大程度上与自身条件有关。

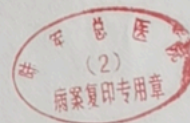
二、拟施治疗方案可能发生的并发症

在我明确表示接受该手术方案之前,医师已经将手术的方法、麻醉方式和术中、术后的并发症及其他风险都已经向我做了交待,本人对医师的告知的内容已经清楚并理解,我知道手术治疗是一种创伤性的治疗手段,也是一种有效的治疗手段,但术中和术后可能发生的外情况和并发症包括但不限于:

- 1、麻醉并发症,严重者可导致休克,危及生命。
 - 2、术中损伤神经、血管及邻近器官,如 颅面骨及脑脊液瘘。
 - 3、术中术后有出血可能、局部及全身感染之可能,无法控制危机生命。
 - 4、手术需摘除眼球及眶内容物,属于破坏性手术,术后患儿眼部皮肤有不能存活的风险,如皮肤不能存活暴露眶腔外观影响较大,, 患儿生长发育后严重影响面部发育,引起发育不良,面部不对称,影响外观较大。
 - 5、术后局部瘢痕影响外观。
 - 6、术后恶性肿瘤需放疗,恶性肿瘤复发,危及生命。
 - 7、眶内上部肿物术后导致眼部感觉障碍之可能。
 - 8、术后肿物有复发转移、危及生命之可能。
 - 9、全麻有意外、危及生命之可能。
 - 10、术中输血和输血反应导致生命意外 之可能。
 - 11、肿瘤性质需依赖术后病理结果,有可能肿瘤性质不明或良性或恶性。
 - 12、眶内深部肿物有可能往颅内蔓延,需二次手术。
 - 13、面部畸形需多次手术矫正外观,及修复缺损区。
 - 14、除上述情况外,本例手术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
- 医师向详细交待和解释了以上手术风险。这些并发症可以导致本人身体器官严重功能障碍,甚至留下终身残疾,严重的还可以危及生命。

三、术中紧急情况处置授权

本人明白除了医生告知的危险以外,手术有可能出现的其他危险,并且在手术中可能会



发生预想不到的情况，在此我也授权医师，在遇到预料之外的情况时，从考虑本人利益角度出发，按照医学常规予以处置，尤其是发生紧急、危险情况时，本人同意，不同意授权医师可以即时处置。

四、授权特定医师实施手术

我允许有该手术技术资格、经验的医师和其亲自选择的他可以信赖的助手为我实施上述手术方案。

该格式文本系医院提供，有关内容是医师向我告知时填写，我同意使用该文本，勾画选择的内容是医师向我告知时的真实内容。

五、免责声明

上述问题一旦发生，本人理解这是医学上难以避免的并发症，相信医护人员将竭尽全力救治，本人对此有充分的思想准备，并积极配合医生治疗，按规定缴纳一切费用。由该手术引发的上述情况，本人放弃通过行政、司法等途径来主张权利。

最后本人明确表示同意，不同意 做此手术。

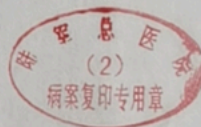
患者签名：（实施保护性医疗措施或者患者无法履行知情同意权时，可以空缺，但医师应注明）：

名： 护人/委托代理人/同意对该患者进行手术的其他直系亲属）签
（需 关系证明材料、授权文件）

告知医师签名： 张

2019 年 8 月 21 日

2019 年 08 月 21 日



中国人民解放军总医院第七医学中心
眼部肿瘤手术风险知情同意书

患者姓名: 性别: 男 年龄: 0 科室: 眼科病房 住院号/门诊号: 床号: 7

一、病情、诊断和治疗方案

本人因 右眼突出两月 等不适症状到该医院治疗。入院后,经治医师对我的病史进行了详细询问,对我的身体进行了全面而系统的检查,并做了必要的辅助检查,涉及我健康问题的相关科室的专家也进行了会诊。经治医师告诉我,目前对我的病症考虑如下诊断:右眼眶肿瘤

对于该病症,医师已经将目前比较好的治疗方法向我作了介绍,结合我的具体情况和医师的建议,我最终考虑可以接受:

☒ 右眼眶肿瘤切除术

手术的目的和效果:手术是治疗某些眼外伤疾病唯一有效的方法,如外伤性白内障、严重的玻璃体积血、眼内异物、视网膜脱离等,术后效果及视功能的恢复很大程度上与自身条件有关。

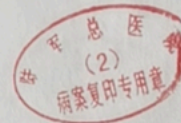
二、拟施治疗方案可能发生的并发症

在我明确表示接受该手术方案之前,医师已经将手术的方法、麻醉方式和术中、术后的并发症及其他风险都已经向我做了交待,本人对医师告知的内容已经清楚并理解,我知道手术治疗是一种创伤性的治疗手段,也是一种有效的治疗手段,但术中和术后可能发生的意外情况和并发症包括但不限于:

- 1、麻醉并发症,严重者可导致休克,危及生命。
 - 2、术中损伤神经、血管及邻近器官,如。
 - 3、术中术后有球后出血、局部及全身感染之可能。
 - 4、术中术后有视力下降甚至丧失、眼球后陷、斜视、复视、眼球运动障碍及上睑下垂之可能。
 - 5、术后切口外有皮肤、结膜瘢痕。
 - 6、泪腺部肿瘤术后有导致角结膜干燥症及角膜溃疡之可能。
 - 7、眶内上部肿瘤术后导致额部感觉障碍之可能
 - 8、术后肿瘤有复发转移、危及生命之可能。
 - 9、全麻有意外、危及生命之可能。
 - 10、术吸输血和输血反应导致生命意外之可能。
 - 11、中有心、脑血管意外之可能。
 - 12、眶内深部肿瘤术后有瞳孔开大反射异常之可能
 - 13、除上述情况外,本例手术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。
- 医师向详细交待和解释了以上手术风险。这些并发症可以导致本人身体器官严重功能障碍,甚至留下终身残疾,严重的还可以危及生命。

三、术中紧急情况处置授权

本人明白除了医生告知的危险以外,手术有可能出现的其他危险,并且在手术中可能会发生预想不到的情况,在此我也授权医师,在遇到预料之外的情况时,从考虑本人利益角度



出发，按照医学常规予以处置，尤其是发生紧急、危险情况时，本人~~□~~同意，☒不同意授权医师可以即时处置。

四、授权特定医师实施手术

我允许有该手术技术资格、经验的医师和其亲自选择的他可以信赖的助手为我实施上述手术方案。

该格式文本系医院提供，有关内容是医师向我告知时填写，我同意使用该文本，勾画选择的内容是医师向我告知时的真实内容。

五、免责同意

上述问题一旦发生，本人理解这是医学上难以避免的并发症，相信医护人员将竭尽全力救治，本人对此有充分的思想准备，并积极配合医生治疗，按规定缴纳一切费用。由该手术引发的上述情况，本人放弃通过行政、司法等途径来主张权利。

最后本人明确表示~~□~~同意，☒不同意 做此手术。

患者签名：（实施保护性医疗措施或者患者无法履行知情同意权时，可以空缺，但医师应注明）：

患者签署（配偶/法定监护人/委托代理人/同意对该患者进行手术的其他直系亲属）签名：[REDACTED]

（需附[REDACTED]关系证明材料、授权文件）

告知医师签名：

[Signature]

2019年05月21日

2019年05月21日

