



上海交通大学医学院附属第九人民医院

手术知情同意书

住院号: [REDACTED] 姓名: [REDACTED] 病区: 眼科二病区 床号: [REDACTED] 科室: 眼科

谈话记录:

- 一、患者疾病诊断: 右眼上睑倒睫, 右眼眶静脉畸形
- 二、手术适应症: 右眼上睑倒睫, 致眼部不适
- 三、拟定手术: 右眼上睑倒睫矫正术
- 四、拟行手术时间: 2020年9月23日12时
- 五、拟定麻醉方式: 全麻
- 六、手术风险及并发症:

- 1.任何手术麻醉都存在风险(详见麻醉知情同意书)。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。
- 2.皮下浸润麻醉后可能发生过敏反应, 甚至发生过敏性休克, 需要积极抢救, 终止放弃手术。
- 3.术中、术后因患者情绪紧张, 可能诱发心脑血管意外或加重原有疾病, 如心肌梗死、脑卒中、糖尿病酮症酸中毒等, 以及可能诱发眼部血管意外导致失明。
- 4.术中牵拉肌肉导致眼心反射、心跳骤停, 需要积极抢救。
5. 术中、后出血, 术后感染, 术后皮肤, 结膜瘢痕形成。
6. 术后眼睑外翻或内翻、倒睫, 术后双眼睑裂不对称。需要再次手术或多次手术。
7. 术后眼睑闭合不良。
8. 术后眼睑畸形, 或双眼不对称可能。
9. 手术与视力无关。
10. 术中根据病情可能改变手术方案。其它目前医学不可预知的情况。
11. 部分手术费用为自费项目。

七、替代医疗方案:

保守治疗

对以上手术风险及并发症, 如患者或代理人不理解可以向医师咨询, 在患者或代理人充分理解以后, 自主决定是否选择手术治疗或按替代医疗方案实施。请在本文书上写明意见并签名。

患方选择意见: 同意

患方(代理人)签名: [REDACTED]

签名日期: 2020.9.22

经治医生签名:

签名日期: 2020.09.22

手术医师签名:

签名日期: 2020.09.22