

解放军第四七四医院

() 手术知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 女 民族: 汉 年龄: 49岁 科室: 眼三区
住院号: [REDACTED] ID号: [REDACTED] 费别: 兵团医保

疾病介绍和治疗建议

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有“1、左眼脉络膜占位性病变[H31.901] 2、左眼伪装综合征[H31.803] 3、左眼继发性青光眼[H40.504] 4、左眼并发性白内障[H26.201] 5、2型糖尿病[E11.301]”，需要在局部麻醉下进行左眼玻璃体腔注射药物手术。

根据每一位病人的具体病情，手术情况有所不同，你的医生将会和你讨论具体的内容。

手术潜在风险和对策

以下是玻璃体腔注射药物手术常见的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术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。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
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。
3. 我理解此手术存在以下风险和局限性：
 - 1) 高血压；
 - 2) 白内障；
 - 3) 球结膜下出血；
 - 4) 角膜上皮损伤；
 - 5) 术后炎症反应；
 - 6) 假性前房积液：激素结晶进入前房；
 - 7) 无菌性玻璃体炎；
 - 8) 眼内炎：文献报道，发生率为 0.87%；
 - 9) 眼内出血；
 - 10) 视网膜脱离；
 - 11) 黄斑水肿病情不能控制；
 - 12) 术中可能根据情况改变术式；
 - 13) 术后需要按医生要求定期复查，必要时重复注射治疗；
 - 14) 其他：除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或需提请患者及家属特别注意的其他事项，如：

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。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险

解放军第四七四医院

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 1) 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。
- 2) 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 3) 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 4) 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 5) 我授权医师对操作切除的病变器官、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。

患者签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 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：

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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 2020 年 12 月 24 日



解放军第四七四医院

() 手术知情同意书

患者姓名: [] 性别: 女 民族: 汉 年龄: 49岁 科室: 眼三区
住院号: [] ID号: [] 费别: 兵团医保

疾病介绍和治疗建议

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有“1、左眼脉络膜占位性病变[H31.901] 2、左眼伪装综合征[H31.803] 3、左眼继发性青光眼[H40.504] 4、左眼并发性白内障[H26.201] 5、2型糖尿病[E11.301]”，需要在局部麻醉下进行左眼玻璃体腔注射药物手术。

根据每一位病人的具体病情，手术情况有所不同，你的医生将会和你讨论具体的内容。

手术潜在风险和对策

以下是玻璃体腔注射药物手术常见的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术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。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
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。
3. 我理解此手术存在以下风险和局限性：
 - 1) 高眼压；
 - 2) 白内障；
 - 3) 球结膜下出血；
 - 4) 角膜上皮损伤；
 - 5) 术后炎症反应；
 - 6) 假性前房积液：激素结晶进入前房；
 - 7) 无菌性玻璃体炎；
 - 8) 眼内炎：文献报道，发生率为 0.87%；
 - 9) 眼内出血；
 - 10) 视网膜脱离；
 - 11) 黄斑水肿病情不能控制；
 - 12) 术中可能根据情况改变术式；
 - 13) 术后需要按医生要求定期复查，必要时重复注射治疗；
 - 14) 其他：除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或需提请患者及家属特别注意的其他事项，如：

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。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：

解放军第四七四医院

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 1) 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。
- 2) 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 3) 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 4) 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 5) 我授权医师对操作切除的病变器官、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。

患者签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 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：

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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 _____ 年 _____ 月 _____ 日



解放军第四七四医院

手术知情同意书

患者姓名: 性别: 女 民族: 汉 年龄: 49岁 科室: 眼三区住院号: ID号:
费别: 兵团医保

临床诊断: 1、左眼脉络膜占位性病变[H31.901] 2、左眼伪装综合征[H31.803] 3、左眼继发性青光眼[H40.504] 4、左眼并发性白内障[H26.201] 5、2型糖尿病[E11.301]

手术名称: 左眼晶体切除+闭合式玻切术

麻醉方式: 局麻+静脉辅助麻醉

手术及麻醉可能发生的意外和并发症: 由于医学科学的特殊性和个体差异, 在检查和手术过程中及后期, 有可能出现:

1. 术中麻醉, 眼心反射、心、脑血管意外(呼吸、心跳骤停)。
2. 术中极少数发生驱逐性脉络膜上腔出血, 重者甚至丧失视力, 眼球萎缩。
3. 术中意外损伤邻近组织及血管, 术中若见晶体混浊、偏位、脱位影响手术进行, 需切除晶体, 本次手术不能植入人工晶体。
4. 术中根据眼部情况进行冷凝、光凝术, 注气或者硅油注入术, 术后要求特殊俯卧体位。
5. 术后视力与视网膜手术前本身功能条件及手术后恢复情况而定, 估计欠佳。
6. 术后出现复发性视网膜脱离, 玻璃体增殖, 需二次或多次手术(玻切或网脱术)。
7. 术后晶体混浊加重, 出现白内障、高眼压, 继发青光眼(药物或手术), 角膜失代偿、混浊, 斜视, 复视。
8. 术后反复出血, 术后感染, 眼内炎, 交感性眼炎。极少数有失明, 眼球萎缩的可能。
9. 术中、术后均有可能出现心、脑血管意外, 严重危及生命。
10. 若术中注入硅油, 则根据病情是否需再次入院行硅油取出术。
11. 术后出现血糖、血压、电解质紊乱等情况需进一步治疗、检查, 或转入相关科室。
12. 术中、术后发生不可预料的意外。

经治医师: 李钊

我们以高度的责任心, 严格按照医疗工作制度及操作常规进行。由于目前医疗技术的局限性和疾病的复杂性, 尚不能绝对避免上述医疗意外和并发症。一旦发生任何情况, 我们将全力救治, 但不能确保救治完全成功, 对所有的不良后果和产生的费用由患者承担。如果患者或家属对上述情况充分理解并同意此手术, 请履行签名手续。

患者本人或亲属意见: 经慎重考虑, 同意手术治疗。对以上可能发生的意外和并发症明知。如发生上述情况, 表示理解。

患者本人签名:

代签人签名:

代签人与患者的关系:

年 月 日