

术前诊断:1. 人工晶体眼(左) 2. 并发性白内障(右)
3. 原发性闭角型青光眼(双) 4. 激光虹膜周切术后(双)

拟施手术:左眼人工晶体调位术

手术者:

本人要求医师为我行, 本人已取得家属理解, 理解下述情况, 如有意外情况发生, 我愿通过协商或法律途径解决, 保证不会聚众闹事。

1. 麻醉意外, 心脑血管意外, 危及生命。 2. 术中、术后出血, 结膜下出血。 3. 术后感染, 甚至化脓性眼内炎, 需行手术治疗。 4. 术后继发性青光眼。 5. 术后视力改善不明显, 甚至下降。 6. 术后人工晶体需再次调位, 甚至更换其他类型人工晶体。 7. 后发性白内障。 8. 术中需更换其他类型人工晶体。

如受术者或家属已清楚知晓以上各项, 同意接受手术治疗, 并愿意承担因该手术带来的各种风险, 请在指定处签字。

受术者或家属代表

(签字),

与受术者关系

术者医师

(签字)

谈话地点 门诊

谈话时间

2020.5.15

中南大学湘雅医院

手术同意书

姓名:

科室:

出生日期:

床号:

病人ID:

住院号:

术前诊断: 并发性白内障(双); 原发性闭角型青光眼(双); 激光虹膜周切术后(双)
拟施手术: 左眼白内障超声乳化吸取联合人工晶体植入术

一、手术指征:

1. 诊断明确, 有手术指征
2. 非手术治疗无效
3. 患者可耐受手术。

二、替代医疗方案:

暂无。

三、手术风险:

1. 麻醉意外, 心脑血管意外, 危及生命。
2. 眼心反射, 危及生命。
3. 术中术后出血, 甚至暴发性脉络膜上腔出血。
4. 术后感染, 甚至眼内炎。
5. 角膜内皮功能失代偿, 大泡性角膜病变。
6. 术后角膜上皮脱落, 下眼症或干眼症加重。
7. 术后视力不提高, 甚至下降至无光感。术后早期视力不理想, 甚至较术前下降。
8. 术中后囊膜破裂, 需行前部玻璃体切除术。
9. 术中晶体或人工晶体掉入玻璃体腔, 需行玻璃体切除术。
10. 术中不能植入人工晶体或植入困难, 需悬吊固定或更换其它类型人工晶体。
11. 术后人工晶体移位、倾斜或加持, 视力下降, 需再次手术。
12. 术后人工晶体排斥反应, 需手术取出。
13. 术后屈光不正, 近视力较术前下降, 需配镜矫正视力。
14. 后发性白内障。15. 黄斑囊样水肿。
16. 继发性青光眼。或术后眼压升高, 需继续药物治疗, 甚至手术。
17. 术后视网膜脱离、脉络膜脱离。
18. 术后眩光、复视、色差。
19. 术后飞蚊症或玻璃体混浊症状加重。
20. 术后屈光状态发生改变 眼底出现病变或眼底病变加重, 视力继续下降。
21. 术中发现悬韧带断裂, 可能需植入张力环或行人工晶体悬吊术。

本人自愿选择

人工晶体一枚 价格 元。

住院医师 (签字)

手术者/一助 (签字)

谈话地点 21W

谈话时间 2020 年 5 月 12 日 19 时 00 分

如病人或家属已清楚知晓以上各项, 同意接受手术治疗, 并愿意承担因该手术带来的各种风险, 请在指定处签字。

病人或家属代表 (签字)

与病人关系 本人

根据您术前相关检查结果, 您的手术麻醉医疗风险评估为 等级, 医院建议您购买 等级的手术麻醉意外保险。

签字

签字时间 2020 年 5 月 12 日 19 时 00 分