



(玻璃体腔注药术)手术知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 16岁 住院号 [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有右眼匍行性脉络膜炎。需要在局部麻醉下进行右眼玻璃体腔注药（甲氧氟醚）手术。

以下是手术常见的一些风险，有些不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。

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、皮疹等症达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：药物进入前房反应性炎症；
 - 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) 眼内病情不能控制，原发病复发或不能控制；
 - 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。
4. 如果患有高血压、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。

手术目的：

- ①进一步明确诊断
- ②切除病灶（可疑癌变/癌变/功能亢进/其他）
- ③缓解症状

预期效果：

- ①疾病诊断进一步明确
- ②疾病进展获得控制/部分控制/未控制
- ③症状完全缓解/部分缓解/未缓解

患者或授权亲属签名 [REDACTED]

签名日期 2018 年 7 月 3 日

20



北京大学人民医院
PEKING UNIVERSITY PEOPLE'S HOSPITAL



(玻璃体腔注药术)手术知情同意书

姓名

性别 男

年龄 16岁

住院号

其他

特殊风险或主要高危因素

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

●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 risk、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了关于此次操作的相关问题。

●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作出调整。

●我理解我的操作需要多位医生共同进行。

●我并未得到操作百分之百成功的许诺。

●我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。

●我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。

患者签名

签名日期 年 月 日

身份证号

联系电话

通讯地址

签名

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属（或法定监护人）在此签名：

患者授权亲属 与患者关系 父子 签名日期 2020 年 7 月 3 日

身份证号

联系电话

通讯地址

医生陈述

我已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 risk、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医师签名

签名日期 2020 年 7 月 3 日

患者或授权亲属签名

签名日期 2020 年 7 月 3 日