

眼玻璃体视网膜手术知情同意书

科室:眼科	姓名:	性别:女	年龄:29岁	床号:	病案号:
-------	--------------------------	------	--------	--------------------------	---------------------------

疾病介绍和治疗建议:

该患者临床诊断为1.左眼黄斑裂孔 2.双眼有晶体眼人工晶体置入术后, 拟在局麻下行左眼玻璃体切除术+眼内填充术, 以达到促进视网膜复位、提高视力、改善生活质量的目的。该疾病最终需手术治疗。玻璃体视网膜的手术治疗包括1、巩膜扣带术2、玻璃体切除术3、视网膜复位术4、联合晶状体切除/超声乳化吸出术5、眼内填充术6、硅油取出术7、其他。手术预后与是否术前患有病变严重程度等相关。

根据患者病情需实施该项手术, 但此手术存在一定的风险和可能出现手术并发症及其他无法预料的意外情况, 为此特别郑重向患者或委托代理人交待术中或术后可能发生的意外情况及并发症, 包括但不限于:

- 1、麻醉意外;
 - 2、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、术中因患者情绪紧张, 可能诱发心脑血管意外或加重原有疾病;
 - 4、可能存在麻醉药过敏或中毒, 出现麻醉意外及导致球后出血, 手术可能因此终止或改期; 少数患者术中、术后可能出血, 经治疗大多能恢复, 但极少数严重出血可致视力永久丧失; 各种手术都有感染的可能性, 大部分经治疗后好转, 少数由于感染严重, 可能永久性丧失视力, 或需行眼球摘除术;
 - 7、术中有发生爆发性脉络膜出血等罕见并发症的可能, 有导致失明、眼球萎缩的可能;
 - 8、术后偶有发生眼球运动障碍和复视的可能性;
 - 9、术后视力恢复不确定, 它与术前患者自身条件有关(眼底病变严重程度、视网膜脱离时间和部位、多次手术、术后并发症等);
 - 10、视网膜脱离手术后有复发可能性, 或术后周边视网膜复位不良, 需再次手术;
 - 11、术后眼压异常, 出现后对症处理, 必要时手术处理;
 - 12、术后可能发生白内障或白内障进展、人工晶体移位、角膜水肿混浊、外加压物排斥、硅油异位、硅油乳化等并发症, 少数患者可出现交感性眼炎等罕见并发症;
 - 13、硅油取出术后, 有硅油小滴残留的可能;
 - 14、部分病人术中晶状体后囊混浊不能完全去除或术后发生后发障, 在影响视力的情况下需行手术或激光治疗恢复视力;
 - 15、术后可出现散光等屈光不正, 术后根据需要可配戴眼镜;
 - 16、人工晶状体多为终身使用, 但在特殊情况下(如人工晶状体严重偏位、混浊等), 可能被取出或需置换;
 - 17、如患有高血压、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
- 针对该患者可能出现的特殊风险或主要高危因素:

眼玻璃体视网膜手术知情同意书

科别:眼科	姓名: [REDACTED]	性别:女	年龄:29岁	床号: [REDACTED]	病案号: [REDACTED]
-------	----------------	------	--------	----------------	-----------------

特别提示: 该手写的内容, 是针对每一个不同患者所做的特别告知, 患者或法定(授权)代理人签字:

对于上述并发症的发生, 医生将会按照医学治疗原则进行常规预防, 但可能难以完全避免, 若发生上述风险及意外情况, 医生会采取积极的救治措施。

患者知情选择

★ 我的医生已经告知我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我关于此次手术的相关问题。

★ 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

★ 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

★ 我授权医师对手术切除的病变器官、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。

★ 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。

★ 我理解我的手术需要多位医生共同进行。

★ 我理解术后如果不遵医嘱, 可能影响手术效果。

★ 我被告知术前取下随身贵重物品, 若有贵重物品遗失或损坏, 后果自负。

除此种治疗方案外, 是否有其他替代治疗方案 ☐ 没有 ☐ 有, 替代方案是:

医生将各种治疗方案及各种风险详细向我进行了告知, 我已经充分了解病情及医疗风险, 经过慎重考虑, 我志愿选择此项手术, 并有充分的思想准备承担可能面临的风险及由此增加的医疗费用。特此签字为证:

患者或授权(法定)代理人意见:

1、理解上述内容及风险 理解

2、同意手术治疗 同意

患者或授权(法定)代理人签字: [REDACTED]

代理人与患者关系: —

授权(法定)代理人通信地址: —

授权(法定)代理人工作单位: —

联系电话: —

2022年3月19日

医生陈述:

我已经告知患者或授权(法定)代理人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。

告知医师签名: [REDACTED]

2022年3月19日