

手术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 62岁 科别: 眼科病区 床号: 14 病案号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有(右眼)虹膜肿物;2.(右眼)皮质型老年性白内障,现根据病情需要在局部麻醉下进行右眼白内障超声乳化吸除联合人工晶体植入联合虹膜病损切除术。该疾病的其他替代治疗有 1.单纯白内障手术治疗,患者眼底存在老年性黄斑变性,黄斑区视网膜下出血眼底新生血管不能消退,不做首选。2.保守治疗:因患者白内障较重,眼底出血,保守治疗无效故不做首选。

眼球是一个直径约23.5mm的球体,主要包括光学系统和视觉神经系统。光学系统由角膜、晶状体和玻璃体组成,这些结构发生病变时会导致屈光介质混浊从而影响视力;视觉神经系统是指视网膜中光感受器接受光学刺激后经过复杂的传导过程到视神经出眼球,再经视交叉、视束、视放射到位于大脑枕叶的视中枢,由视中枢对光学信号进行处理从而形成视觉。白内障即为晶状体混浊。晶状体位于人眼的眼球内,其作用如同照相机的镜头,能将外界光线聚焦在视网膜上。临床上,白内障分为很多类型,包括老年性、外伤性、先天性、代谢性白内障等。最常见的类型是老年性白内障,也称年龄相关性白内障,是世界范围内最主要的致盲性眼病。其原因相当复杂,发病机制还不明确,根据目前的研究结果,证实与年龄、性别、种族、环境、糖尿病、遗传、药物、营养、吸烟、高血压、肾病等有关。白内障发展到一定程度,不仅会明显影响视力,部分人还会发生青光眼等并发症进一步造成视觉损害。白内障手术是将混浊的晶状体摘除,同时植入人工晶状体作为晶状体的替代品使光线能准确地聚焦在视网膜上。人工晶状体根据制作材料的不同分为两种:1、硬性人工晶状体的制作材料是聚甲基丙烯酸甲酯(PMMA),价格便宜,但植入时的手术切口较大,一般在6毫米左右;2、软性人工晶状体也称为可折叠人工晶状体,其制作材料有丙烯酸酯和硅胶,植入时的切口小,一般在2~3毫米,不需缝合术后视力恢复快。传统的人工晶状体为单焦点,不能兼顾看远看近的需求,往往需配戴眼镜。近几年来发展的多焦点、可调节人工晶状体极大地减少了戴镜率。

手术潜在风险和对策

以下是白内障/人工晶体手术可能发生的一些风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,如果你有特殊的问题请与你的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。(详见麻醉知情同意书)
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. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策:
 - 1) 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;
 - 2) 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;
 - 3) 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;
 - 4) 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;
 - 5) 拟定的手术方式根据术中情况可能需要调整。1%左右的患者一期不能植入人工晶状体;
 - 6) 角膜内皮失代偿,大炮性角膜病变,术后异物感,流泪,视物不清;

患者或监护人签名:

代理人签名:

医师签名:

手术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 62岁 科别: 眼科病区 床号: 14 病案号:

现有眼底病变,必将影响术后视力恢复的程度,增加视网膜脱离等的风险;

8) 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;

9) 术后可出现散光等屈光不正,术后根据需要可配戴眼镜;个别患者术后可能出现复视、眩光等视觉异常,大多数能自行恢复,但偶有不能恢复者;

10) 人工晶状体多为终身使用,但在特殊情况(如人工晶状体严重偏位、混浊等)下,可能被取出或需置换;

11) 儿童白内障存在弱视的可能,且术后后发障、青光眼、严重屈光不正等并发症的发生率明显高于成人,术后需密切随诊,接受弱视训练。人工晶状体可能需要再次手术植入;

12) 术后根据眼部炎症情况,可能应用糖皮质激素治疗,激素可能出现下列副作用:1. 低钾血症;2. 高血压;3. 肌无力;4. 骨质疏松;5. 无菌性坏死;6. 病理性骨折;7. 压迫性骨折;8. 消化道溃疡或穿孔;9. 胰腺炎;10. 食道炎;11. 肠穿孔;12. 皮肤脆弱,伤口愈合障碍;13. 颅内压增高,癫痫发作;14. 月经失调;15. 引发潜在的糖尿病;16. 诱发青光眼,白内障,眼压增高,眼球突出;17. 心脏停搏,心律不齐,支气管哮喘,低血压或高血压。

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。

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。

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。

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。

我明确表示(同意或拒绝) 同意 行右眼白内障超声乳化吸除联合人工晶体植入联合虹膜病损切除术。不选择其他替代治疗。

患者或监护人签名: 签名时间 2022年10月13日10时30分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权代理人在此签名:

代理人签名: 与患者关系: 签名时间 年 月 日 时 分

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: 签名时间 2022年10月13日10时10分

备注:如患者既不同意以上操作,也不签字,请如实记录:

患者或监护人签名:

代理人签名:

医师签名:



河北省人民医院 (40170387-4)

医疗付费方式 ☒

住院病案首页

健康卡号: _____

第 1 次住院

病案号: _____

姓名	_____	性别	☒ 1. 男 ☐ 2. 女	出生日期	_____	年龄	62	国籍	中国
(年龄不足1周岁的)		年龄	_____	月	_____	日	_____	新生儿出生体重	_____ 克
出生地	河北省	省(区、市)	石家庄市	市	_____	县	_____	籍贯	河北省
身份证号	_____	职业	其他	婚姻	☒ 1. 未婚 ☐ 2. 已婚 ☐ 3. 丧偶 ☐ 4. 离婚 ☐ 9. 其他				
现住址	_____				电话	_____	邮编	_____	
户口地址	_____				电话	_____	邮编	_____	
工作单位及地址	_____				单位电话	_____	邮编	_____	
联系人姓名	_____	关系	子	地址	河北省石家庄市元氏县	_____	电话	_____	
入院途径	☒ 1. 急诊 ☐ 2. 门诊 ☐ 3. 其他医疗机构转入 ☐ 4. 其他								
入院时间	2022 年 10 月 12 日 10 时 11 分	入院科别	肿瘤科	病房	肿瘤科二病区肿瘤单元	转科科别			
出院时间	2022 年 10 月 19 日 12 时 00 分	出院科别	肿瘤科	病房	肿瘤科二病区肿瘤单元	实际住院	7	天	
门(急)诊诊断	右眼虹膜肿瘤				疾病编码	J41.200			
入院诊断	右眼虹膜肿瘤				疾病编码	J21.901	入院后确诊日期	2022-10-12	

出院诊断	疾病编码	入院病情	出院诊断	疾病编码	入院病情
主要诊断: (右眼)虹膜肿瘤(转移性透明细胞性癌)	J21.901	2	其他诊断:		
其他诊断: (双眼)皮质型老年性白内障	J25.003	1			
高血压病3级(很高危)	I10.x00x00	1			
(左)肾透明细胞癌(术后)	C64.x00x00	2			

入院病情: 1. 有, 2. 临床未确定, 3. 情况不明, 4. 无

损伤、中毒的外部原因 _____ 疾病编码 _____

病理诊断 转移性透明细胞性肾细胞癌 疾病编码 M83120/3

病理号: _____

药物过敏 ☒ 1. 无 ☐ 2. 有 过敏药物: 阿莫西林 死亡患者尸检 ☐ 1. 是 ☐ 2. 否血型 ☒ 1. A ☐ 2. B ☐ 3. O ☐ 4. AB ☐ 5. 不详 ☐ 6. 未查 Rh ☒ 1. 阴 ☐ 2. 阳 ☐ 3. 不详 ☐ 4. 未查

科主任 _____ 主任(副主任)医师 _____ 主治医师 _____ 住院医师 _____

责任护士 _____ 进修医师 _____ 实习医师 _____ 编码员 _____

病室质量 ☒ 1. 甲 ☐ 2. 乙 ☐ 3. 丙 质控医师 _____ 质控护士 _____ 质控日期 2022 年 10 月 19 日

A-SY-01-201306



手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	手术及操作医师			切口愈合等级	麻醉方式	麻醉医师
				术者	I 助	II 助			
12.4200	2022/10/14	3	右眼虹膜病变切除术	贾志扬	吕西		甲	局部麻醉	贾志扬
12.4400	2022/10/14	3	右眼睫状体病变切除术	贾志扬	吕西		甲	局部麻醉	贾志扬
13.4100x00	2022/10/14	3	右眼白内障超声乳化摘除术	贾志扬	吕西		甲	局部麻醉	贾志扬
13.7100x00	2022/10/14	2	右眼人工晶体植入术	贾志扬	吕西		甲	局部麻醉	贾志扬

离院方式 ☒ 1. 医嘱离院 2. 医嘱转院, 拟接收医疗机构名称: _____
 3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院, 拟接收医疗机构名称: _____ 4. 非医嘱离院 5. 死亡 9. 其他
 是否有出院31天内再住院计划 ☒ 1. 无 2. 有, 目的: _____
 颅脑损伤患者昏迷时间 入院前 _____ 天 _____ 小时 _____ 分钟 入院后 _____ 天 _____ 小时 _____ 分钟
 重症监护室 _____ 进入重症监护室 _____ 转出重症监护室 _____
 日常生活能力评定量表得分 入院 100 出院 100 呼吸机使用时间 _____ 小时
 住院费用(元): 总费用 _____ (自付金额 _____)
 1. 综合医疗服务类: (1)一般医疗服务费: _____ (2)一般治疗操作费: _____ (3)护理费: _____
 (4)其他费用: _____
 2. 诊断类: (5)病理诊断费: _____ (6)实验室诊断费: _____ (7)影像学诊断费: _____
 (8)临床诊断项目费: _____
 3. 治疗类: (9)非手术治疗项目费: _____ (临床物理治疗费: _____)
 (10)手术治疗费: _____ (麻醉费: _____ 手术费: _____)
 4. 康复类: (11)康复费: _____
 5. 中医类: (12)中医治疗费: _____
 6. 西药类: (13)西药费: _____ (抗菌药物费用: _____)
 7. 中药类: (14)中成药费: _____ (15)中草药费: _____
 8. 血液和血液制品类: (16)血费: _____ (17)白蛋白类制品费: _____ (18)球蛋白类制品费: _____
 (19)凝血因子类制品费: _____ (20)细胞因子类制品费: _____
 9. 耗材类: (21)检查用一次性医用材料费: _____ (22)治疗用一次性医用材料费: _____
 (23)手术用一次性医用材料费: _____
 10. 其他类: (24)其他费: _____
 主要诊断转归: 1. 治愈 ☒ 2. 好转 ☐ 3. 未愈 ☐ 4. 死亡 ☐ 5. 其他 ☐
 诊断符合情况: 1. 门诊与出院 ☒ 2. 入院与出院 ☒ 3. 术前与术后 ☒
 4. 临床与病理 ☒ 5. 放射与病理 ☐ (0. 未做 1. 符合 2. 不符合 3. 不确定)
 抢救情况: 抢救 ☐ 次 成功 ☐ 次
 临床路径管理: 1. 完成 ☐ 2. 变异 ☐ 3. 退出 ☐ 4. 未入 ☒
 输血品种: 1. 红细胞 ☐ 单位 2. 血小板 ☐ 袋 3. 血浆 ☐ ml 4. 全血 ☐ ml
 5. 其他 ☐

说明: (一) 医疗支付方式 1. 城镇职工基本医疗保险 2. 城镇居民基本医疗保险 3. 新型农村合作医疗 4. 贫困救助
 5. 商业医疗保险 6. 全公费 7. 全自费 8. 其他社会保险 9. 其他

(二) 凡可由医院信息系统提供住院费用清单的, 住院病案首页中可不填写“住院费用”

A-SY-01-201306

