

扬州大学第五临床医学院

常熟市第二人民医院

医患沟通记录

科别 眼科(北区) 病区 五十二病区 床号 [REDACTED] 姓名 [REDACTED] 住院号 [REDACTED]

为适应社会发展和新形势的变化,加强医务人员与患者的沟通,维护患者的合法权益,根据卫生部《医院管理评价指南(试行)》的要求并结合我院实际,下列情况医务人员必须及时与患者沟通:1.病人入院后72小时内、出院时;2.手术前、麻醉前;3.术后与术中发生与术前谈话内容的明显差异或病情的特殊变化者;4.诊疗过程中病情突然变化、病情加重、检查有重大发现或治疗有明显变更时;5.有创检查、特殊诊疗活动或试验性治疗、使用有较大毒副作用药物等;6.输血前;7.转院、转诊、重大会诊;8.毁损性手术及门诊手术等;9.自费药品、自备药品、贵重药品及材料等使用前。医务人员尽告知义务后,医务人员和患者或家属(被委托人)应签名。

医患沟通:日期: 2021年04月05日 地点: 医患沟通室

沟通内容:

患者入院诊断左眼视网膜脱离和断裂明确,拟行左眼玻璃体手术(抗VEGF药物注入术)。术中及术后可能出现的情况:1、出血,玻璃体出血,驱逐性脉络膜出血;2、感染,眼内炎;3、局麻意外;4、眼心反射;5、切口愈合不良;6、心脑血管意外;7、视力不能提高甚至下降可能;8、色素膜炎;9、角膜水肿,角膜内皮功能失代偿;10、晶状体混浊进程加剧;11、水肿不能消退,需再次注射可能;12、病情不能控制,眼底出血,视力进一步下降可能;13、继发性青光眼;14、术后低眼压,眼球萎缩可能。已告知患者及其家属,患者及其家属表示理解,签字如下。

患者/家属/被委托人签名: [REDACTED] 时间: 2021年04月05日

医务人员签名: 俞晶晶 [REDACTED] 时间: 2021年04月05日

注:已使用专项告知书的,不再另写医患沟通记录。

手术知情同意书

科别 眼科(北区) 病区 五十二病区 床号 [REDACTED] 姓名 [REDACTED] 住院号 [REDACTED]

病情介绍和治疗建议:

患者拟诊为左眼视网膜脱离和断裂，拟于2021年04月06日在局部麻醉麻醉下进行左眼玻璃体手术（抗VEGF药物注入术）手术，

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 ④ 其他

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 ④ 其他

(注意:手术目的和预期效果请在□打√选择具体项目;如选择其他,请在横线上填写具体内容,若无其他项请删除)

替代方案:

手术潜在风险告知:

手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素，绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。又由于已知和无法预见的原因，本手术有可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下，手术仍有可能发生如下医疗风险：

术中：

1、麻醉意外：如发生，需抢救，有生命危险；2、眼心反射：如发生，需抢救，有生命危险；

3、出血、爆发性脉络膜出血；4、根据术中情况，术中可能改变手术方式。

术后:

1、出血，玻璃体出血，驱逐性脉络膜出血；2、感染，眼内炎；3、局麻意外；4、眼心反射；5、切口愈合不良；6、心脑血管意外；7、视力不能提高甚至下降可能；8、色素膜炎；9、角膜水肿，角膜内皮功能失代偿；10、晶状体混浊进程加剧；11、后发性白内障；12、水肿不能消退，需再次注射可能；13、病情不能控制，眼底出血，视力进一步下降可能；14、继发性青光眼；15、术后低眼压，眼球萎缩可能。

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险，但由于现有医疗水平所限，仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

患者知情选择:

1. 医务人员已经告知我将要进行的手术方式、此次手术中及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法，并且解答了我关于此次手术的相关问题，我同意已拟定的手术方案。

2. 我同意在操作中医务人员可以根据患者病情对预定的手术方式做出调整。

3. 我理解此项手术需要多位医务人员共同进行。

4. 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

5. 我授权医务人员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

扬州大学第五临床医学院
常熟市第二人民医院
手术知情同意书

科别 眼科（北区） 病区 五十二病区 床号 [REDACTED] 姓名 [REDACTED] 住院号 [REDACTED]

医疗废物处理等。

患者签名： [REDACTED]

授权委托人/法定代理人签名：

签名日期：2021年04月06日

与患者关系：

医务人员陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险、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。

经治医师签名：俞晶晶 [REDACTED]

签名日期：2021年04月06日

手术医师签名：黄正如 [REDACTED]

签名日期：2021年04月06日

**扬州大学第五临床医学院
常熟市第二人民医院
入院告知书**

患者姓名	性别 女	年龄 36岁	住院号
------	------	--------	-----

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

您好！感谢您对我院的信任和支持。

为了维护我们各自的权利和义务，现将您在我院就诊期间享有的权利和应履行的义务通知您，希望得到您的理解和配合，让我们共同创造一个温馨的环境，使您早日康复。

您享有的权利和义务：

一、在我院就诊中您享有的权利：

1. 您享有医疗救治、预防保健服务的权利。
2. 您享有知道疾病诊断、病情进展、医生建议的诊疗方案、费用、相应风险、疗效及预后的权利，医护人员会将有关情况向您说明，如您有不明之处，请及时提出请医护人员解答。您对医生提出的诊断及治疗方案享有选择权和决定权。
3. 您身体出现不适或需要帮助时，请使用床头呼叫器呼叫医护人员，或者通过其他方式通知护士站，我们将及时为您提供医疗、护理服务。
4. 您可以书面委托具有民事行为能力的人作为您的代理人，代您行使相关的知情同意权利和诊疗选择决定权利。
5. 您有权利复印法律规定范围内的病历资料。
6. 我院尊重您的隐私权，您可以要求医生对您的病情进行保密。
7. 我院规定，工作人员不得收受“红包”，请您监督，有违反者，请举报至监察办公室，电话：52925707。
8. 我院在每个病房都设立了意见箱，欢迎您及家属对医院工作提出宝贵意见，以及时改进我们的工作和服务。
9. 如果发生医疗纠纷，您可向医院接待投诉部门反映并协商解决，或申请卫生行政部门协调处理，或向人民法院提出诉讼。
10. 我院文明服务缺陷管理电话：52707189，欢迎您对我院工作人员的服务态度、质量进行监督。

二、在我院就诊中您应履行的义务：

1. 您必须提供真实的个人信息，包括姓名、性别、年龄、身份证、地址、联系方式及报销类别等。凡冒用他人姓名就医而发生的医疗费用及纠纷等后果自负。
2. 您必须向医护人员详尽如实地提供与您健康有关的一切情况，包括本次患病的基本情况、既往病史、诊治经过、药物过敏史及其他有关详情。避免因隐瞒病情而延误诊治。
3. 请您和家属遵守医院的规定和制度，听从医护人员的指导和安排，不要擅自翻阅病历和其他医疗记录，如欲了解病情可向主管医师垂询。
4. 入院后请您遵守医院规定，住院期间身着病号服，不要穿病号服外出。住院期间请勿擅自离开病区、医院及外宿，以免发生意外。由于您擅自离开病区、医院或者外宿而引起的任何意外情况后果自负。

5. 医护人员查房、治疗时间请您不要离开房间。不要在病室内大声喧哗或做其他与诊疗无关且有碍医疗秩序的事情。

6. 您需要进行特殊检查、特殊治疗、手术时，在医院充分告知的前提下，您应签署知情同意书。文书一经自愿签署，既具有相应法律效力，对您正确行使自己的合法权益具有重要意义。

7. 为配合治疗，住院期间医生会根据您的病情为您合理定制饮食，您应进食医院营养食堂的配餐。

8. 您应遵从医生的医嘱积极配合治疗、按时出院，出院后，您应该按照医生的医嘱进行活动、休息并且保证定期复诊。

9. 您不能要求医护人员为您提供虚假医学文书和票据。

10. 住院期间未经主管医师同意您不得擅自到院外就诊、购药、私自请医师来我院会诊及采取其他治疗手段，否则由此引发的不良后果自负。

11. 为确保安全，严禁在病区、病室内吸烟、饮酒，严禁使用电炉、酒精炉、煤油炉、电饭煲、电暖气及其他家用电器，违背将按医院有关规定处理，由此发生的不良后果自负。

12. 为了保障患者生命安全，保证医护人员执行医疗行为，病室不得反锁、栓死。

13. 病房为公共场所，患者个人的手提电脑、现金、证件等贵重物品请勿带入病房，如若带入请自行妥善保管，防止丢失。患者违反规定造成财产损失的，医院不承担赔偿责任。

14. 请您爱护公共财物，自觉维护医院公共场所卫生、清洁，维护病房安全、安静，请您不要干扰其他患者诊疗。

15. 如果您在本院被确诊为法定传染病，医院将依法律规定，送您到相应医院进行诊疗，或限制您的某些人身自由，您应该积极配合。

16. 请您尊重医护人员的人格权、人身权。

17. 请您不要泄露其他患者的病情和隐私。

18. 我院为扬州大学第五临床医学院，承担扬州大学临床多专业教学任务，请您积极配合临床教学工作。临床教学活动涉及到门诊和住院的相关医疗过程中，我们在临床教学活动中将充分保护您的隐私。感谢您对我院临床教学工作的理解以及医学人才培养的大力支持。

患方意见：

医务人员已就上述情况向我们进行了充分的交代和解释，我们对此表示理解，愿意按规定行使合法权利，履行义务，遵守医院的规定。

医生签名：俞晶晶

护士签名：

患者(家属或代理人)签名：

时间：2021年03月31日

时间：2021年03月31日

注：本告知书一式两份，一份患方保存，一份存病历。

扬州大学第五临床医学院
常熟市第二人民医院
手术知情同意书

科别 眼科（北区） 病区 五十一病区 床号 [REDACTED] 姓名 [REDACTED] 住院号 [REDACTED]

患者因左眼浆液性视网膜脱离病于2021年05月10日入住我院。手术是一种有风险的治疗手段，以下就手术相关情况告知患者及家属（法定代理人）。

一、手术风险：

- 1、全身风险：手术期间因环境改变、精神紧张、高龄、重要脏器疾病、麻醉意外、眼心反射等多种因素，病人可能发生全身异常情况，如心脏病、脑血管病发作等，严重的可能危及生命。
- 2、眼部风险：有些眼部并发症极为严重，如眼内感染、爆发性脉络膜上腔出血、角膜内皮失代偿、视网膜脱离等，可能导致术后视力损害甚至完全丧失，严重的可导致眼球毁损而要摘除眼球。

二、手术并发症：

- 1、视力不提高，甚至下降，与原疾病发展有关。
- 2、麻醉风险及意外，需进行救治或暂停手术。
- 3、视网膜不复位。
- 4、高眼压需药物或手术控制眼压。
- 5、白内障形成或加重。
- 6、眼部感染。
- 7、眼部出血。
- 8、角膜病变。
- 9、可能需要同时摘除晶体外，根据病情决定是否植入人工晶状体。
- 10、发现病情严重或其它意外导致手术终止。
- 11、继发其它视网膜或神经病变如黄斑病变、血管病变及视神经萎缩。
- 12、眼内填充长效气体或硅油，需要特殊体位（仰卧位或侧卧位）。
- 13、眼内硅油移位、重水残留。
- 14、同时行巩膜扣带手术后发生硅胶脱出、移位、眼前段缺血、环扎痛等。
- 15、屈光异常、斜视、复视、上睑下垂等。
- 16、术后低眼压发展至眼球萎缩。
- 17、术后用药引起的局部及全身副作用。
- 18、发生全身意外危及生命。
- 19、其他需要说明的情况：

尽管医护人员在术前、术中和术后均作了认真的准备、合理的手术设计、正规的技术操作和细心的眼部护理，但术中、术后还是可能会发生一些难以预料的并发症或意外的失误。这些并发症或失误是受目前的科技水平以及各地医疗条件与水平的限制而无法完全避免和预防的。

患者及家属意见：我们作为患者及其家属，已仔细阅读并理解了上述有关玻璃体视网膜手术的情况介绍，医师对手术有关的情况做了解释，我们对手术目的和可能出现的风险及其后果已充分了解，患者本人及其家属要求施行左眼玻璃体手术（抗VEGF注药术）。

扬州大学第五临床医学院
常熟市第二人民医院
手术知情同意书

科别 眼科（北区） 病区 五十一病区 床号 [REDACTED] 姓名 [REDACTED] 住院号 [REDACTED]

本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其内容为双方真实意思的表示，并确认医方已履行了告知义务，患方已享有知情、选择及同意权的权利，将受我国有关法律的保护。

患者或近亲属或法定代理人签字：[REDACTED]

与患者关系：[REDACTED]

日期：2021.5.10

医院经治医师签字：徐激扬

日期：2021年05月10日

2021-05-10