

北京协和医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(1)页

病案号: [REDACTED]

患者姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 74岁 科室: 眼科

目前诊断: 右眼孔源性视网膜脱离+右眼白内障

拟行手术名称: 右眼玻璃体类+白内障类手术

上述手术有如下风险/并发症:

1. 麻醉意外、球后出血、巩膜穿孔、无光感;
2. 心脑血管意外、呼吸不畅;
3. 出血, 暴发性脉络膜出血;
4. 感染, 需继续药物治疗或再次手术治疗, 严重者无光感、眼球萎缩、眼球摘除;
5. 后囊膜破裂, 行前玻切, 人工晶状体不能植入, 放前房型人工晶状体, 或需行二期手术, 晶状体或人工晶状体掉入玻璃体, 需行玻切手术;
6. 术中根据病情行激光、视网膜切开、重水、气体或硅油填充术, 可能联合巩膜外环扎、加压和冷冻术治疗。若填充气体或硅油, 术后需体位限制; 若填充硅油, 需再次手术将硅油取出, 硅油相关并发症主要包括角膜病变、青光眼、白内障等;
7. 术中或术后眼压升高, 继发青光眼; 眼压下降, 继发脉络膜脱离、眼球萎缩、睫状体脱离;
8. 术后视网膜脱离不能完全复位、甚至加重, 需要再次手术;
9. 术后视力不提高、甚至下降, 视物遮挡不缓解、甚至加重;
10. 术后屈光不正;
11. 术后角膜水肿、失代偿, 严重者需要行角膜移植术;
12. 术后前房反应重, 前房出血、虹膜萎缩、瞳孔变形;
13. 术后黄斑囊样水肿;
14. 交感性眼炎;
15. 其他等不可预见的意外情况。

北京协和医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(2)页

病案号: [REDACTED]

相关替代治疗方案:	
保守治疗或继续观察	
选择相关替代治疗方案的风险:	
白内障进展, 视力下降甚至致盲; 白内障所致晶状体相关性青光眼、葡萄膜炎等并发症。 视网膜脱离范围扩大, 视力进一步下降, 甚至失明、眼球萎缩。	
医生声明:	
我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:	
1. 目前病情发展程度及所需治疗的必要性及其风险	手术医师签字: [REDACTED] 经治医师签字: [REDACTED] 签字日期: 2020.12.8
2. 相关替代治疗方案及其风险	
我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会:	
询问上述情况的相关问题及其他问题	
患者本人/近亲属/代理人声明:	
1. 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险/并发症以及这些风险/并发症带来的后果。	
2. 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。	
3. 医生已解释替代治疗方案及其风险。	
4. 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。	
5. 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。	
6. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。我确认本人具备合法资格签署本同意书。	
7. 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。对医生的回答感到满意。	
如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术, 请签字	如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术, 请签字
同意	
(请于横线上抄写: 同意)	(请于横线上抄写: 拒绝)
(患者本人/近亲属/代理人签名)	(患者本人/近亲属/代理人签名)
2020.12.8	
(签字日期)	(签字日期)