



青岛大学附属医院 手术知情同意书

登记号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 11岁 住院号: [REDACTED] 日期: 2020年08月05日

科室: 眼科 床位: [REDACTED] 诊断: 外斜视 残余性外斜视 垂直分离性斜视 [DVD综合征] 屈光不正 (双)

疾病介绍和治疗建议: 我患有斜视, 经过医生检查之后, 确诊为外斜视斜视, 需要在全身麻醉下行斜视矫正术。

斜视是指两只眼的视轴不能保持平行状态, 一只眼注视前方目标, 另一只眼的视轴偏向其他方向。斜视的发病原因有两类: 第一是神经支配因素, 即支配眼球运动的神经出现异常或双眼融合功能控制眼球正位的功能下降; 第二是机械因素, 即解剖因素, 包括眼外肌异常。

在出生早期发生斜视, 可能发生弱视、单眼抑制或异常视网膜对应。成人之后发生斜视, 可能出现复视和混淆视; 双眼视觉遭到不同程度的破坏, 甚至完全丧失。斜视会对患者的外观带来不良影响。

斜视矫正术的目的是恢复双眼视轴平行, 改善患者的外观, 消除复视干扰, 争取恢复双眼视觉, 争取建立立体视觉。

斜视发病比较晚、病程比较短、眼外肌功能状态正常或比较好、双眼视觉功能破坏比较轻者, 斜视矫正之后, 手术治疗的效果比较好; 斜视发病早, 比如婴儿型内斜视, 病程比较长, 比如成年人斜视, 即使斜视得到矫正, 双眼视觉也很难恢复正常, 手术效果比较差。

具体手术方式, 根据患者斜视的类型不同, 你的医生会精心安排, 并且与你讨论具体内容。

替代治疗: 如果患者对手术并发症及风险性不能接受, 可选择的替代治疗方法为配戴三棱镜。但对较小患儿, 三棱镜配戴会造成不便, 且对较大度数斜视无法有效治疗。

存在的风险与对策:

以下是斜视手术可能发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有列出来, 如果有特殊问题, 请你与你的主管医生讨论。

斜视矫正手术可能发生的风险及医生的对策:

1) 任何手术麻醉都存在风险, 特别是全身麻醉具有一定的风险 (详见麻醉知情同意书)。

2) 所用任何药物都可能产生副作用, 包括轻度恶心、皮疹等症状, 有的出现严重过敏性休克, 甚至危及生命。

3) 儿童斜视手术是在全身麻醉的情况下进行的, 术中无法观察眼位, 患者对手术的反应, 只能等到苏醒之后, 才能了解到。手术之后, 尽管绝大部分患者的斜视能够得到矫正, 但是, 仍然有少部分患者的斜视无法得到矫正, 出现过矫或是欠矫 (约5%)。

4) 成年人斜视矫正手术, 即使在手术台上获得满意的效果, 手术后, 少数患者可能出现变化, 出过矫或欠矫。

5) 有些病例可能需要再次手术或多次手术治疗。

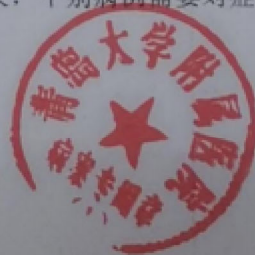
6) 有些手术近期能够达到理想的效果, 有些病例需要比较长的时间, 术后6周, 甚至6个月之后, 才能观察到远期的手术效果。术后眼位恢复和巩固的情况, 取决于患者发病早晚、病程长短、双眼视觉的潜力、眼外肌的功能状态等因素。有些类型的斜视, 远期手术效果很难预料。

7) 手术后复视——多数儿童为一过性复视, 可以自然消失, 个别病例需要对症处理。

8) 手术后异常头位不能完全矫正——必要时佩戴眼镜。

9) 手术后双眼视觉恢复不满意。

10) 冲动性眼球震颤患者手术后, 代偿头位不能完全矫正。





青岛大学附属医院 手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

登记号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

- 11) 特殊类型的斜视患者手术后不能改善眼球运动状态。
- 12) 术中可能发现眼眶内筋膜、肌肉发育异常或缺如, 影响手术效果。
- 13) 手术后感染、结膜囊肿、缝线反应, 按时复诊, 及时抗感染治疗和对症处理。
- 14) 极少数患者术中可能发生肌肉滑脱, 术中及时找寻, 复位, 必要时再次手术。
- 15) 术中可能发生巩膜穿透, 可用激光及时处理。
- 16) 极少数患者需要手术的眼外肌表多, 可能出现眼前节缺血综合征。
- 17) 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者, 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、心脑血管意外, 甚至死亡。

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。

手术者签名: 杨光

签署日期: 2020年08月05日

患者知情选择:

医师已经告知我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我关于此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式作出调整。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。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名:

授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED]

与患者关系: [REDACTED]

签署日期:

2020年08月05日





青岛大学附属医院 手术知情同意书

登记号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 17岁 住院号: [REDACTED] 日期: 2020年08月24日

科室: 眼科

床位: [REDACTED]

诊断: 外斜视 DVD DHD 隐形眼球震颤(双)
屈光参差

疾病介绍和治疗建议: 我患有斜视, 经过医生检查之后, 确诊为外斜视, 需要在全身麻醉下行斜视矫正术。

斜视是指两只眼的视轴不能保持平行状态, 一只眼注视前方目标, 另一只眼的视轴偏向其他方向。斜视的发病原因有两类: 第一是神经支配因素, 即支配眼球运动的神经出现异常或双眼融合功能控制眼球正位的功能下降; 第二是机械因素, 即解剖因素, 包括眼外肌异常。

在出生早期发生斜视, 可能发生弱视、单眼抑制或异常视网膜对应。成人之后发生斜视, 可能出现复视和混淆视; 双眼视觉遭到不同程度的破坏, 甚至完全丧失。斜视会对患者的外观带来不良影响。

斜视矫正术的目的是恢复双眼视轴平行, 改善患者的外观, 消除复视干扰, 争取恢复双眼视觉, 争取建立立体视觉。

斜视发病比较晚、病程比较短、眼外肌功能状态正常或比较好、双眼视觉功能破坏比较轻者, 斜视矫正之后, 手术治疗的效果比较好; 斜视发病早, 比如婴儿型内斜视, 病程比较长, 比如成年人斜视, 即使斜视得到矫正, 双眼视觉也很难恢复正常, 手术效果比较差。

具体手术方式, 根据患者斜视的类型不同, 你的医生会精心安排, 并且与你讨论具体内容。

替代治疗: 如果患者对手术并发症及风险性不能接受, 可选择的替代治疗方法为配戴三棱镜。但对较小患儿, 三棱镜配戴会造成不便, 且对较大度数斜视无法有效治疗。

存在的风险与对策:

以下是斜视手术可能发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有列出来, 如果有特殊问题, 请你与你的主管医生讨论。

斜视矫正手术可能发生的风险及医生的对策:

- 1) 任何手术麻醉都存在风险, 特别是全身麻醉具有一定的风险 (详见麻醉知情同意书)。
- 2) 所用任何药物都可能产生副作用, 包括轻度恶心、皮疹等症状, 有的出现严重过敏性休克, 甚至危及生命。
- 3) 儿童斜视手术是在全身麻醉的情况下进行的, 术中无法观察眼位, 患者对手术的反应, 只能等到苏醒之后, 才能了解到。手术之后, 尽管绝大部分患者的斜视能够得到矫正, 但是, 仍然有少部分患者的斜视无法得到矫正, 出现过矫或是欠矫 (约5%)。
- 4) 成年人斜视矫正手术, 即使在手术台上获得满意的效果, 手术后, 少数患者可能出现变化, 出过矫或欠矫。
- 5) 有些病例可能需要再次手术或多次手术治疗。
- 6) 有些手术近期能够达到理想的效果, 有些病例需要比较长的时间, 术后6周, 甚至6个月之后, 才能观察到远期的手术效果。术后眼位恢复和巩固的情况, 取决于患者发病早晚、病程长短、双眼视觉的潜力、眼外肌的功能状态等因素。有些类型的斜视, 远期手术效果很难预料。
- 7) 手术后复视——多数儿童为一过性复视, 可以自然消失, 个别病例需要对症处理。
- 8) 手术后异常头位不能完全矫正——必要时佩戴眼镜。
- 9) 手术后双眼视觉恢复不满意。
- 10) 冲动性眼球震颤患者手术后, 代偿头位不能完全矫正。





青岛大学附属医院 手术知情同意书

姓名: _____

登记号: _____

住院号: _____

- 11) 特殊类型的斜视患者手术后不能改善眼球运动状态。
- 12) 术中可能发现眼眶内筋膜、肌肉发育异常或缺如, 影响手术效果。
- 13) 手术后感染、结膜囊肿、缝线反应, 按时复诊, 及时抗感染治疗和对症处理。
- 14) 极少数患者术中可能发生肌肉滑脱, 术中及时找寻, 复位, ---必要时再次手术。
- 15) 术中可能发生巩膜穿透, 可用激光及时处理。
- 16) 极少数患者需要手术的眼外肌表多, 可能出现眼前节缺血综合征。
- 17) 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者, 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、心脑血管意外, 甚至死亡。

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。

手术者签名: **杨光**

签署日期: 2020年08月24日

患者知情选择:

医师已经告知我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我关于此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式作出调整。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。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名: _____

授权委托人或法定监护人签名: _____

与患者关系: _____

签署日期: _____

2020年08月24日

