

三门峡市眼科医院

结膜手术知情同意书

姓名: 性别: 女 年龄: 42岁 住院号: 科室: 市眼科医院 床号: 入院日期: 2021-06-16 20:04:55

疾病介绍和治疗建议

医师已告知我 左 眼患有引流管暴露, 需要在 ☒ 表面麻醉 ☒ 局部浸润 ☐ 神经安定镇痛 ☐ 全麻 下进行:

- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 结膜肿物切除 | ☐ 羊膜移植/覆盖 | ☐ 结膜松弛矫正 |
| ☐ 胬肉切除 | ☐ 结膜瓣覆盖 | ☐ 部分结膜切除 |
| ☐ 结膜裂伤缝合 | ☐ 睑球粘连分离 | ☐ 结膜病变冷凝 |
| ☒ 自体巩膜移植覆盖 | | |

结膜是“眼皮”最内层及“白眼珠”的最外层结构, 眼外伤 (特别是化学烧伤)、肿瘤、松弛、变性是常见的结膜疾病, 这些疾病药物治疗的效果通常较差, 手术是最重要的治疗手段之一。手术的主要目的是:

- | | | |
|--|-------------------------------|--|
| ☐ 清除病灶 | ☐ 改善视力 | ☐ 改善外观 |
| ☐ 恢复眼球结构的完整性 | ☐ 切除肿物 | ☒ 控制感染 |
| ☒ 为进一步治疗提供基础 | | |

具体的手术技巧根据不同病人的情况有所不同, 你的医师将会和你讨论具体的内容。

手术潜在风险和对策

以下是此次结膜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师讨论。

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师的对策:
 - 1) 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、视力下降甚至丧失, 严重者可致休克, 危及生命; 手术可能因此终止或改期-----抢救;
 - 2) 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, 如心脏病、糖尿病等恶化, 以及可能诱发眼部血管意外导致失明-----抢救;

患者或受托人签字:

医师签字:

三门峡市眼科医院

结膜手术知情同意书

- 3) 术中角膜穿破-----更改术式;
- 4) 术后发生层间积液;
- 5) 术后原发病复发, (或感染) 不能控制-----药物治疗或再手术;
- 6) 术后睑球粘连复发, 假性胬肉发生-----再手术;
- 7) 术后缝线脱落、伤口愈合不良、伤口裂开-----再手术;
- 8) 术后感染-----药物治疗或再手术;
- 9) 术后移植物发生排斥或融解, 术后视力不确定甚至较术前降低---药物治疗或再手术;
- 10) 需多次手术
- 11) 影响外观

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。

5. 以上并发症仅为常见并发症, 其他因科学技术的局限性难以预见的并发症未能在此列举。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险:

一旦发生上述风险和意外, 医师会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我的医师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。
- 我同意在操作中医师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师共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

患者或受托人签字:

医师签字:

三门峡市眼科医院

结膜手术知情同意书

- 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。

患者签名:



签名日期 2021 年 06 月 16日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名：

与患者关系：

签名日期

年

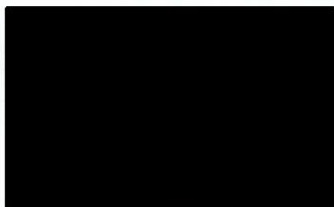
月

日

医师陈述

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。

医师签名:



签名日期

2021 年 06 月 16日

患者或受托人签字:

医师签字: