



上海市闵行区中心医院 手术知情同意书手术知情同意书(首次/再次)

住院号: [REDACTED] 姓名: [REDACTED] 病区: [REDACTED] 床号: [REDACTED] 门诊号: [REDACTED] 第1页

术前诊断:

左眼PCV

医师建议手术方案:

左眼玻璃体腔内注药术

可供选择的替代医疗方案:

口服药物保守治疗

患者最终选择方案:

左眼玻璃体腔内注药术

麻醉方式:

表麻

潜在医疗风险和对策:

潜在医疗风险: 术后全身不良反应、麻醉意外或由于病员年迈或伴心、脑、肺等疾病以及潜在的上述疾病, 在手术中或术后可能突发意外甚至死亡或残疾, 角膜损伤、顽固性葡萄膜炎反应、继发性青光眼、晶状体损失、白内障加重、玻璃体混浊、色素上皮脱离、视网膜动脉阻塞、眼内感染、视网膜脱离、眼底出血、玻璃体出血、甚至发生爆发性脉络膜上腔出血等并发症, 需进一步处理, 如手术或者药物治疗失败导致失明, 有眼球摘除可能。

对策: 术中精细操作, 术后密切观察。

其他:

以上内容医师已向我(患者)进行充分解释和告知, 我表示理解和接受, 同时承担在现有医学科学技术条件下无法预料或者不能防范的医疗风险。

我的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、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

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。

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/受托人签名: [REDACTED]

签字日期: 16 年 4 月 6 日

告知医师签名:

签字日期:

2016 年 4 月 6 日

