

手术知情同意书

姓名:

1、这是一份有关手术的告知书，目的是告诉您有关手术的事宜。

您有权知道将要进行的手术的性质和目的、存在的风险、预期的效果和其他可能的影响。您有权在充分知情后决定是否同意手术。除出现危及生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意以前，医生不能对您施行手术。在手术前任何时间，您有权接受或拒绝本手术。

2、您的主刀医师是：刘新泉

3、疾病介绍和治疗建议

3.1 术前诊断：白内障

3.2 麻醉方式：表面麻醉

3.3 手术名称：眼超声乳化术+IOL植入术

3.4 手术目的与预期效果：

☒ 彻底治愈疾病

☐ 缓解病程进展

☒ 减轻患者痛苦

☒ 挽救病变器官功能

☐ 获得病理学诊断

☒ 消除潜在严重隐患

☐ 其他：

4、手术潜在风险及对策：

4.1 我理解接受这次手术，术中可能发生的风险，主要涉及：

☒ 药物过敏

☒ 麻醉意外

☒ 难以控制的脉络膜驱逐性出血

☒ 术中心跳呼吸骤停，导致死亡或无法挽回的脑死亡

☒ 病情变化导致手术进程中断或手术方案更改

☒ 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤，导致患者残疾或带来功能障碍

☒ 如有特殊情况（晶体脱位、后囊破裂等），则不能植入人工晶体，需II期手术植入

☒ 术中有时需要同时做玻璃体切割术

☒ 术中发生脉络膜上腔大出血可能

☒ 因高龄或全身疾病可能发生局部或球全身意外，危急生命

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极的对应措施。

4.2 我理解接受这次手术，术后可能发生的并发症，主要涉及：

☒ 术后可能发生脉络膜上腔大出血，导致视力丧失或眼球摘除

☒ 局部或全身感染

☒ 切口裂开或愈合缓慢

☒ 脏器功能损伤和/或衰竭

☒ 水电解质平衡紊乱

☐ 术后气道阻塞

☒ 呼吸、心跳骤停

☒ 诱发原有疾病恶化

☐ 术后谵妄

☒ 再次手术

☐ 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符

☒ 术后人工晶体发生偏位可能

☒ 术后通常需配眼镜或接触镜

手术知情同意书

患者及家属意见

患者签名:

日期: 2018 年 2 月 26 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

上海中医药大学附属龙华医院

手术知情同意书

病区 16 床号 13 入院时间

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我/委托人：我患有 白内障，需要在 全身麻醉 下进行 左眼白内障超声乳化+人工晶体植入 手术。

手术潜在风险和对策

医生告知我/委托人，针对我疾病采取的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，具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我/委托人，可与我的主治医生讨论有关我手术的相关内容包括我对手术的一些疑惑。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
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/委托人理解接受这次手术，术中可能发生的风险，主要涉及：
 - 1) 如有特殊情况（晶体脱位、后囊破裂等），则不能植入人工晶体，需 II 期手术植入。
 - 2) 术中有时需要同时做玻璃体切割术。
 - 3) 术中发生脉络膜上腔大出血可能。
 - 4) 因高龄或全身疾病可能发生局部或球全身意外，危急生命。
 - 5) 麻醉意外。

4. 我/委托人理解接受这次手术，术后可能发生的并发症，主要涉及：
 - 1) 术后人工晶体发生偏位可能。
 - 2) 术后通常需配眼镜或接触镜。
 - 3) 术后可能发生脉络膜上腔大出血，导致视力丧失或眼球摘除。
 - 4) 视力提高不明显，不提高，下降、甚至消失。术后视力恢复程度主要取决于视神经和视网膜功能，尤其是黄斑部功能，如黄斑病变严重，则视力提高不理想。
 - 5) 术后可能出现角膜混浊水肿、青光眼、眼内出血、感染、复视、视物变形、视网膜脱离或者其他并发症。
 - 6) 术后可能发生术后发障，需做激光治疗或手术治疗。
5. 我/委托人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。

6. 我/委托人理解术后如果不遵医嘱，可能影响手术效果。

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极的对应措施。

7. 我/委托人知晓除此手术之外的替代疗法包括：无

患者知情选择

- 我的医生已经告知我/委托人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我关于此次手术的相关问题。
- 我/委托人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/委托人理解我的手术需要多位医生共同进行。
- 我/委托人并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 我/委托人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/委托人同意实施上述手术，不选择其他替代疗法。

患者签名 [REDACTED] 签名日期 2015 年 2 月 5 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

医生陈述

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。

医生签名 [REDACTED] 签名日期 2015 年 2 月 5 日