

首都医科大学附属北京同仁医院

手术同意书

第 1 页 共 3 页

患者姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 63
 科室: 眼科 病房或病区: _____ 病案号: _____

尊敬的患者:

您好!

根据您目前的病情,您有此手术的适应症,建议您采取手术治疗,特向您详细介绍和说明:病情简介、术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险(包括术中或术后可能出现的并发症等)和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等,帮助您理解相关手术情况,帮助您做出选择。(鉴于医学手术风险较高(大),发生意外事件难以避免,建议您术前购买手术意外保险,分担手术风险)。

医师告知:

【病情简介】☐右眼☐左眼☒双眼 _____:

【术前诊断】: 双眼下睑内翻倒睫(双侧) _____:

【建议拟行手术名称】: 双眼全睑缘切除术+睑板内翻矫正术 _____:

【手术目的】: 减轻不适、矫正畸形 _____

【手术部位】: ☐右眼☐左眼☒双眼

【拟行手术日期】: 2019年5月12日

【麻醉方式】: ☐局部麻醉☐心电监护☐安定镇痛☒全身麻醉

【拟行手术指征及禁忌症】: 指征: 下睑内翻倒睫 _____

患者目前暂无全身及眼部手术禁忌症。

【拒绝手术可能发生的后果】: 术后可能出现睑缘不齐、睑内翻等 _____

【手术风险,包括术中或术后可能出现的并发症等】:

施行眼科整形美容手术,虽然医生尽了最大努力,但由于各人审美观不同和当前医疗水平所限,不一定都能满足各自的需求,可能效果不尽理想或出现并发症。

术前须知:

- 1、术后应严格遵从医嘱(含口头医嘱),若发现异常,应立即来本院就诊,以便及时处理。
- 2、术后手术部位有肿胀恢复期(轻者1-3个月,重者6个月以上),并因年龄、体质、手术部位不同而有轻重的差异。
- 3、眼整形美容术后都会有不同程度皮肤瘢痕,随着时间推移瘢痕会渐减轻。
- 4、病人有精神异常、瘢痕增生等宿疾者不宜手术,术前应如是详告本院。若隐瞒病史,由此出现不良后果,本院概不负责。
- 5、根据眼部畸形、缺陷情况,有时手术需分几期进行,每次手术之间一般间隔3-6个月或以上,有时需将眼睑缝合半年至一年。
- 6、自体组织移植时,可因移植组织吸收、液化、坏死或挛缩等造成手术失败。手术失败后如需再次手术应酌情在3-6个月以后再施行。
- 7、如采用人造组织代用品时,可能出现排斥反应,术前难以预测。如发生,可能表现为局部红肿、渗液乃至溃破,系因体质所致,与手术本身无关,应及时就医,尽快医治。
- 8、眼睑手术后可能出现过矫、欠矫、内翻、外翻、上睑迟落及闭合不全,必要时再次手术。
- 9、眼眶手术可能损伤神经组织造成同侧面目的麻木,术后6个月可渐恢复,也有不恢复的可能。
- 10、眼部整形手术后有复发的可能,必要时需再次手术修复。
- 11、手术后可能出现术后出血、感染等。
- 12、全身麻醉时可能发生全麻意外。
- 13、眼部整形美容手术前后必须照相、照片为病历资料,归医院所有,本院有权选作学术交流资料刊用。

手术同意书

患者、近亲属、法定监护人签字:

[REDACTED]

签字时间:

首都医科大学附属北京同仁医院

手术同意书

第 2 页 共 3 页

14、眼整形美容手术是一项精细的工作，希望受术者积极配合医生的治疗，相信医生付出了最大的努力，并能充分理解手术可能出现的并发症或失败。

15、本整形手术为自费手术。

16、其他：

医生在术前无法肯定该患者术后是否会发生上述情况，希望患者及有关人员正确及全面理解，积极配合医生治疗及处理。

【术后主要注意事项】：遵医嘱，按时用药、定期复查、如出现病情变化请及时就诊。

【患者自身存在高危因素】：

【替代医疗方案】：目前暂无其他替代医疗方案。

我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，医疗意外风险等因素，不可能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果，及其它术前不可预见无法告知的特殊情况，恳请理解。

我已向患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人已知并理解了上述信息。

经治医师签名：_____ 签名时间：2019年5月16日 时 分

术者签名确认：_____ 签名地点：医生办公室

患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人确认：

医师向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就第____到第____项医疗风险向我进行了详细说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容，特做以下声明：

(请患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人在横线上填写“我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容，特做以下声明。”字样)

我_____ (填写“同意”) 接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。

并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适合的手术方案实施必要的抢救。

患者签名：_____ 患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名：_____

与患者关系：母子 联系电话：_____

签名时间：2019年5月16日 时 分 签名地点：医生办公室

我_____ (填写“不同意”) 接受医师建议的手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名：_____ 患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名：_____

手术同意书

患者、近亲属、法定监护人签字：

签字时间：

首都医科大学附属北京同仁医院

手术同意书

第 3 页 共 3 页

与患者关系: _____ 联系电话: _____

签名时间: 年 月 日 时 分 签名地点: _____

备注:

如果患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人拒绝签名, 请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

注:

- 1、术中出现术前不可预见无法告知的特殊情况, 需要切除器官、腔镜手术改为开放手术等, 应再次履行知情告知义务, 并签署知情同意书。
- 2、手术所需麻醉, 由麻醉医师操作的, 应当由麻醉医师与患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人另行签署麻醉知情同意书。
- 3、使用医用高值耗材或自费项目需另行签署知情同意书。
- 4、患者近亲属的范围, 按北京市高级人民法院规定---患者配偶; 患者成年子女及儿媳、女婿; 患者父母、岳父母及公婆; 患者兄弟、姐妹及其配偶; 患者配偶的兄弟、姐妹及其配偶; 患者祖父母、外祖父母、孙子女;
- 5、委托代理人是指患者本人授权具有法律行为能力的人。
- 6、患者委托近亲属或代理人签字, 应当书写授权委托书; 患者近亲属、代理人签名, 要签本人的名字; 核实患者近亲属及代理人身份证原件并留取身份证复印件。
- 7、患者法定监护人按法律规定是指无行为能力和限制行为能力的监护人, 如未成年子女的父母、无行为能力和限制行为能力精神障碍患者的配偶、父母或法律指定的监护人。患者法定监护人签字需提供与患者身份关系的法定证明文件。
- 8、如果知情同意书是多页的, 患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人在每一页都要签字
- 9、建议此知情同意书采用一式两份, 患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人留存一份。

患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名: _____

手术同意书

患者、近亲属、法定监护人签字: _____

签字时间: _____