

盐城市第一人民医院

手术知情同意书

姓名:

床号:24

科别/病区:五官分院眼科一病区

住院号:

病情介绍和采取措施:

患者拟诊为 1.左眼孔源性视网膜脱离 2.右眼黄斑裂孔 3.右眼视网膜裂孔 4.双眼年龄相关性白内障 5.高血压病 需要在 局部 麻醉下进行 左眼白内障PHACO+玻璃体切除术(备左眼硅油注入+IOL植入术)。

手术目的:①进一步明确诊断②切除病灶(可疑癌变/癌变/功能亢进/其他)③缓解症状④其他

预期效果:①疾病诊断进一步明确②疾病进展获得控制/部分控制/未控制③症状完全缓解/部分缓解/未缓解④其他

手术潜在风险告知:

手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素,绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。又由于已知和无法预见的原因,本手术有可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,手术仍有可能发生如下医疗风险:

1 麻醉过程中,可能发生呼吸、心脏骤停等意外危险。

2 手术过程中,因病变浸润、炎症、解剖异常等因素,可能发生术中难以控制的出血,并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能,手术中发现病变不能切除,则行姑息性手术或仅作探查。

3 术后可能发生切口感染、化脓、瘘或窦道形成,切口不愈合,组织和器官粘连,术后再出血或再次手术的可能以及心、肝、肺、肾、脑等器官或系统的并发症或疾病本身发展所致的不良转归。

4 尽管绝大部分视网膜脱离是可以复位的,但仍有少部分患者的视网膜脱离无法修复(约5%)。有些病例可能需要多次手术治疗。

5 手术最终达到的视力效果需要等候。有些患者术后很快就能达到理想的视力,有些患者则需要较长时间才能达到最佳视力。术后视力恢复的情况取决于脱离的时间、部位、范围、玻璃体混浊程度、是否存在萎缩变性等因素。手术前无法肯定地预测哪些患者视力恢复得好,哪些恢复得不好。有些患者存在潜在的此次手术不可治疗的疾病(例如色素变性、青光眼等),此次手术并不能阻止这部分患者本身的疾病发展。

6 可能发生晶体混浊(白内障)、眼内压增高(青光眼)、感染或者眼内出血(前房、玻璃体、视网膜),偶尔会发生驱逐性出血,控制不满意会严重影响手术效果,这些情况都需要后续治疗,任何以上情况都有可能最终致盲,最后至眼球萎缩的可能;

7 可能有较小的几率发生眼肌损伤,导致术后眼球运动障碍。

8 手术中可能需要摘除晶状体;手术使用膨胀气体、硅油填塞、重水(全氟辛烷等)者,可能术后发生多种并发症,如高眼压、继发青光眼、白内障、角膜混浊、硅油乳化、重水残留、视网膜再脱离、玻璃体再出血、人工晶体移位等情况;

9 硅油取出术后,原有硅油并发症可能不恢复以及视网膜可能再脱离;取硅油后眼内可能仍残留硅油小滴,特别是发生硅油乳化的患者;

10 手术后在一定时期内可能需要保持头低位或侧位。

11 手术中采用的巩膜外加压物在术后可能出现位置不当、外露、排斥、感染等问题,严重时可能出现巩膜溶解甚至穿孔,必要时需要调整加压物位置或者取出加压物。

盐城市第一人民医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

床号: 24

科别/病区: 五官分院眼科一病区

住院号: [REDACTED]

12 手术后可能造成屈光状态的变化, 包括近视度数加深或散光等变化。

13 极少数情况下会出现眼前节缺血综合征。

14 术后如果患者体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

15 术后出现感染、眼内炎之可能, 极少数治疗不满意有导致失明、眼球萎缩可能;

16 术中可能根据情况改变术式;

17 少数患者交感性眼炎;

18 术后如需特殊体位, 该体位对于术后恢复至关重要, 但可能引起身体不适或眼肿, 若体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

19 术后需要按医生要求定期复查, 必要时补充激光治疗;

20 若患有高血压、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。

21 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项, 如: _____

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险, 但由于现有医疗水平所限, 仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度的人身损害的不良后果。

患者知情选择:

1. 医务人员已经告知我将要进行的手术方式、此次手术中及手术后可能存在的并发症和风险、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, 我同意已拟定的手术方案。

2. 我同意在操作中医务人员可以根据患者病情对预定的手术方式做出调整。

3. 我理解此项手术需要多位医务人员共同进行。

4. 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

5. 我授权医务人员对手术切除的癌变器官、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/授权委托人/法定代理人签名: _____ 签名日期: _____ 年 月 日

与患者关系: _____

医务人员陈述:

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术中及手术后可能存在的并发症和风险、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。

经治医师签名: [REDACTED] 签名日期: _____ 年 月 日

手术医师签名: [REDACTED] 签名日期: _____ 年 月 日

注: 此同意书一式两份, 一份由患者保存, 一份病历留存。