

接受玻璃體腔內注射藥物手術同意書

請填寫 A 部份 或 B 部份。

(A) 本人 _____ (病人姓名) 在此同意接受：

或

(B) 本人 _____ (代表) 為 _____ (病人姓名)

之父親 / 母親 / 親屬 / 監護人(請刪去不適用字句)，在此同意接受：

由 _____ (醫生)施行建議的程序 左(Left)/ 右(Right) 眼/Eye 玻璃體腔內注射藥物手術；

抗血管內皮生長因子藥物 (anti-VEGF)，

並同意使用 **局部麻醉 (請刪去不適用字句)。

--	--

本人（簽署人）經已詳細閱讀及明白這份同意書及《接受玻璃體腔內注射藥物手術須知、眼球週邊注射麻醉及局部麻醉病人須知》的所有內容。所有資料及本人的有關問題，包括但不限於此項手術之性質、目的及可能引起之併發症及風險，均已由醫生詳盡講解，本人亦完全明白。本人知道如有需要，除上述醫生外，可能需要其他醫生參與是項手術。本人在滿意的情況下完全接受此同意書及手術須知的所有內容。

病人簽署

香港身份證/護照號碼 _____

日期： _____ (日/月/年)

父親/母親/親屬/監護人姓名及簽署

香港身份證/護照號碼： _____

關係： _____

日期： _____ (日/月/年)

見證人簽署

見證人姓名： _____

與病人關係/職員職級： _____

日期： _____ (日/月/年)

本人已向上述之病人/病人代表正確地解釋是項手術/醫療程序的性質、風險效益，併發症及副作用，並已解答其提出的有關問題。據本人所理解，病人/病人代表已獲得有關是項手術之各種治療方案或不治療之選擇的充分資料及已自願簽妥同意書。

醫生姓名

醫生簽署

日期：(日/月/年)

接受玻璃體腔內注射藥物手術須知

接受玻璃體腔內注射藥物手術可能會產生之併發症

併發症並不常見，但下列情況可於手術時或手術後發生。

- 視網膜脫離 - 眼內炎、細菌感染及化膿
- 晶體損傷導致白內障，或白內障形成之催化
- 眼壓升高，嚴重的或會引致眼內血管閉塞
- 眼壓下降 - 出血 - 結膜下出血或充血
- 飛蚊 - 血壓高 - 中風 - 心肌梗塞 - 麻醉之併發症

手術後或覆診前如有任何突發徵狀，請即與本眼科門診聯絡或前往就近的急症室求診，

- 如：突然視力模糊、眼部劇痛或

眼球週邊注射麻醉及局部麻醉病人須知

眼球週邊注射麻醉可能出現的併發症

當注射麻醉藥到眼球週邊時是有可能傷及眼球及血管的組織。

可能出現的併發症包括：

- a. 眼球後或眼週邊出血 b. 眼球破裂，洞穿。 c. 視神經創傷
 - d. 眼球發炎 (眼內炎，眼眶蜂窩組織炎)
 - e. 眼週邊及眼結膜浮腫 以上除(e)外都是十分罕見但可以導致失明及可能發生的併發症。
- 視野重疊及眼皮下垂都是可於眼球週邊注射後出現的問題，通常在 24 小時內會消失，但有時可能會 持續 1-2 天。

若麻醉藥直接進入體內血液循環系統，麻醉藥可直接影響心臟及神經系統。病人可能感到頭暈、神智不清、腦神經麻痺；嚴重時可能痙攣、呼吸困難甚至呼吸及心跳停頓。

但這些情況是屬十分罕見的。

局部麻醉可能出現的併發症

- 藥物過敏反應 - 麻醉或注射部位出現紅腫、疼痛、出血或感染

備註

不能預計的併發症亦偶有發生，不同病人的風險程度亦因個別人士而不同。

如對治療有任何疑問，請 向主診醫生查詢。

資料來源：香港醫院管理局 香港眼科學會

本人確認我已閱讀並充分理解這份資料的內容明白以上關於手術或程序之資訊，並經由_____醫生向本人解釋；本人亦有機會對病情及治療方案提出疑問，並獲得充分的解答。

病人/家屬簽署: _____

病人/家屬姓名: _____

日期: _____