

青光眼雷射治療說明書

病歷號：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

床號：\_\_\_\_\_

這份說明書是有關您即將接受的手術(或醫療處置)的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術(或醫療處置)有任何疑問，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

一、原理：青光眼雷射治療，是利用雷射來促進房水流通，以達成降低眼壓的治療方式。

二、可能之副作用及併發症：

- (一) 請務必與醫師配合，因為您的眼位移動，可能造成白內障、黃斑部或角膜雷射燒灼，而導致視力喪失或下降。
- (二) 雷射治療結束後，會有短暫性視力模糊，應屬正常，二至三小時後會自動恢復。
- (三) 極少數病人在雷射治療後，會有短暫性眼壓升高，輕度前房反應，或其它偶發之併發症，上述情況在藥物治療後，多能迅速恢復正常。

三、注意事項：青光眼雷射治療結束，請於眼壓測量後再行離開。

四、病人或立同意書人，對於青光眼雷射治療如有疑問，請在立同意書前，詳細詢問有關醫師。

五、替代方案：

- (一) 降低眼壓藥物治療。
- (二) 小樑切開術。

參考文獻：

1. Robin A. A comparison of neodymium:YAG and argon laser iridotomies OPH 91:1011,1984.
2. Laser surgery in ophthalmology. Thomas A Weingeist,1992.
3. Clinical ophthalmology. Kanski 3<sup>rd</sup> edition 1999.
4. Duane's clinical ophthalmology. William. Tasman,1998.

說明醫師： \_\_\_\_\_ (簽章) 時間:西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

本人(或家屬) \_\_\_\_\_ 已經與醫師討論過接受這個手術(或醫療處置)的效益、風險及替代方案，本人對醫師的說明都已充分了解，並且保有此資料副本一份。

病人(或家屬)： \_\_\_\_\_ (簽章) 時間: 西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

與病人之關係：

立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

見證人部分，如無見證人得免填載