

視網膜雷射治療術說明書

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：利用雷射之光化學效應、熱效應及蒸發原理以治療視網膜及脈絡膜之疾病。

二、可能之副作用及併發症：

(一)前房之併發症：

1.眼壓上升 2.角膜擦傷 3.角膜或水晶體灼傷 4.虹彩炎，後粘黏

(二)眼球疼痛

(三)脈絡膜、視網膜或玻璃體出血

(四)視網膜前纖維膜增生

(五)視野缺損、暗點及夜間視力下降

(六)由於眼位移動造成之黃斑燒灼而使視力下降

(七)脈絡膜新生血管

(八)偶有血管炎、視網膜動脈阻塞、滲出性網膜剝離及脈絡膜缺血之報告。

(九)其它偶發之病變及併發症。

三、病患或立同意書人，對於視網膜雷射治療如有疑問，請在立同意書前，詳細詢問有關醫師

四、替代方案：抗血管增生因子眼內注射。

參考文獻：

Bloom,Brucker:Laser Surgery of the posterior segment.Page 303-318

J.B.Lippincott co,Philadelphia 1991.

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