

雷射後囊切開術說明書

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：雷射後囊切開術是用雷射光將水晶體後囊切開的一種非開刀的治療方法。

二、說明：白內障手術時，為了裝置人工水晶體，須保留部份水晶體囊袋，但有 18-50% 的機率，會因後囊混濁，導致後發性白內障，使得視力再度惡化。優點：雷射後囊切開術是以雷射光透過角膜及人工水晶體，將混濁的水晶體後囊切開，以治療後發性白內障，並改善病人的視力，由於沒有切口，所以不會有外因性感染的危險。

三、可能之副作用及併發症：

(一)雷射光切開後囊是利用雷射的微爆力，所以有極低的可能造成黃斑部水腫(0.51-1.95%)、網膜剝離(0.28-1.5%)及短暫性眼壓升高(0.2-1.36%)等併發症。

(二)可能造成水晶體表面的輕微列痕，惟通常並無症狀。

(三)其它偶發之病變及併發症。

四、其它替代治療方式：手術後囊切開術(除了仍有雷射後囊切開術的併發症 外，還有感染眼內炎的嚴重可能，所以目前都是在雷射切割效果不佳時才採用)。

五、成功率及治癒率：99% 以上的後囊混濁均可藉雷射切開治療，且大部份 病人只需一次療程即可。

六、病患或立同意書人，對於雷射後囊切開術如有疑問，請在立同意書前，詳細詢問有關醫師。

參考文獻：AM. J. Oph. 112:373-380, 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