

手術を受けられる方へ 説明・同意書

私は患者 _____ 殿に対して、下記手術の必要性、危険性、及び合併症などについて説明しました。

1. 手術名称 : 内眼角切開術

2. 手術内容 : 局所麻酔下に、上記手術を施行します。
目頭の一部をZ型、もしくはW型に切開し、蒙古襞が内側に引っ張られるように皮膚の形を整えます。

3. 術中術後の危険性 : 局所麻酔、手術、術後の経過を通じて以下の危険性があります。
必発する症状 : 手術をした部位が腫れます。個人差はありますが数日で消失します。
早期の併発症 : 感染、出血、アレルギー、血腫の形成を引き起こす可能性があります。
上記により創部が離開する可能性があります。
離開した場合、治癒が遅延したり、傷跡が目立ったり可能性があります。
晩期の併発症 : 症状の残存、再発・肥厚性瘢痕が生じる可能性があります。
目の見た目に左右差が生じる可能性があります。
理想通りの目頭の形にならないことがあります。
二重の形が変形する可能性があります。
結果として施術前よりもお気に召さない外見になる可能性があります。

上記何れかの理由により処置や再手術が必要となる可能性があります。
また、再手術をしても修正できない場合もあります。

4. 術後経過 : 手術当日の入浴は禁止です。
洗顔・入浴は翌日から可能ですが、目の周りはやさしく洗ってください。
お化粧品は、目元以外は術後2日間、目元は7日間控え、コンタクトレンズの使用は術後7日間控えてください。
術後7日間は激しい運動は避けてください。上記合併症の発生率が高くなります。
腫れが引き形が完全に安定するまで、3-6か月程度かかります。

5. その他 : この同意書の内容や医師の説明に分からないことや、気になることがありましたら、お聞き下さい。

年 月 日 説明医師 津田達也 印

私は、上記内容の説明を医師から受け、麻酔・手術・検査が行われることに同意します。
なお、この手術・検査実施中に、緊急処置が必要となった場合には、その処置を受けることについても同意します。

年 月 日
患者氏名 _____ 印
親族または代理者氏名 _____ 印 (続柄 _____)

つだ形成クリニック