

## 網膜静脈閉塞症に対するレーザー網膜光凝固治療についての説明と同意書

この説明書（兼同意書）は3頁からなっています。口頭でも説明しましたが、同じ内容を詳しく記載していますので、手術を受けられる方だけでなく、ご家族の方もよくお読みになった上で承諾書に署名捺印（各ページとも）をお願いします。

ご不明な点がありましたら、主治医にお聞きください。

様の病名は網膜静脈閉塞症です。

### 1、 網膜静脈閉塞症とは？

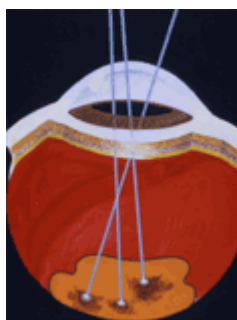
網膜の血管には動脈と静脈がありますが、そのうちの静脈が血栓などでつまってしまい眼底出血が起こります。つまる血管の部位により、網膜中心静脈閉塞症、網膜静脈分枝閉塞症と呼ばれます。症例によってはそのまま放置すると、網膜の血液の循環が悪くなり網膜の酸素不足が起こり、黄斑浮腫・硝子体出血（眼球内部の出血）・緑内障が起こり高度の視力低下をきたすことがある病気です。

### 2、 どのような場合にレーザー治療が必要になるのか？

網膜の静脈がつまっている領域の網膜は循環状態が悪くなり、酸素不足になります。血液の循環が悪いこの状態が続くと網膜の組織が酸素不足に陥り、眼底出血が起こったり、新生血管が発生して硝子体出血に至ります。このような事態にならないように酸素不足の状態にある網膜にレーザー治療を行い、網膜出血や網膜浮腫の吸収促進をはかり、上記の合併症の予防と視機能の維持をする必要があります。

### 3、 レーザー治療はどのように行われるか？

麻酔の目薬をしたあとにレーザー用のコンタクトレンズをつけて行います。多少の痛みを伴う場合がありますが、10分から15分程で1回の治療は終わります。網膜全体に行う場合は症状に応じて、目を空けて通常数回程度に分けて行います。また必要に応じてレーザーを追加する場合があります。レーザー直後は暗く感じて見えにくくなる場合がありますが、普通は15分程で戻ってきます。当日は特に安静の必要はなく日常生活に制限はありません。



#### 4、 レーザー治療の危険性は？

レーザー治療中に目をキョロキョロすると、狙ったところにレーザーが照射できずに治療後に視力が落ちたり、視野が狭くなったり、暗く感じる場合があります。また、レーザー治療したにもかかわらず病気の勢いが強いと硝子体出血・緑内障の発生を予防しきれず、硝子体手術が必要になったり、失明に至ることもあります。しかし、長期的にはレーザー治療を行った方が予後は良いと考えられています。

#### 5、 レーザー治療を受けないとどうなるか？

網膜静脈閉塞症は酸素不足になっている網膜を放置すると、先ほど述べたように新生血管（もろくて破れやすい異常な血管）が発生して硝子体出血が起こります。少量の出血であれば吸収されることもありますが、出血の量が多くてなかなか吸収されない場合や出血を繰り返す場合は硝子体手術が必要になります。

硝子体出血を繰り返していると、増殖性変化に伴って網膜剥離が発生して失明する危険があります。また新生血管による緑内障が起これば、眼圧のコントロールが困難なため失明する危険があります。

1. 病名および現在の病態
2. 手術の必要性・目的 および 手術をしなかった場合の経過予想
3. 手術の方法
4. 手術に伴う危険性・合併症
5. 手術予定日

以上、主治医は説明しました。

平成 年 月 日 主治医氏名：

印

印

## 手術同意書

関西電力病院 病院長 殿

私は、平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日に手術（網膜静脈閉塞症に対するレーザー網膜光凝固治療）を受けるに際し、以下の事項につき主治医から十分説明をうけました。また、この「手術についての説明と同意書」の複写（全3頁）を受け取りました。

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 病名および現在の病態</li><li>2. 手術の必要性・目的 および 手術をしなかった場合の経過予想</li><li>3. 手術の方法</li><li>4. 手術に伴う危険性・合併症</li><li>5. 手術予定日</li></ol> |
|--|

その結果、（以下の1～5のうちから、ひとつだけ選んで番号を○で囲んで下さい。）

1. 以上の内容を理解できましたので、ここに示された手術（検査）を受けることに同意いたします。
2. 説明内容は理解できましたが、手術以外の方法での治療を望みます。
3. 説明された内容が理解できませんでしたので、手術は受けたくありません。
4. 説明された内容が理解できませんでした。再度、理解できるよう説明を求めます。
5. その他：( )

平成 年 月 日

手術を受ける方の住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

同席者の氏名（続柄）： \_\_\_\_\_ ( ) 印

手術を受ける私の同意のみで手術を施行して下さい。（署名： \_\_\_\_\_）

【ご本人以外に同意が得られない場合、例えば、ご家族(近親者)が居られない、または、来院されない場合のみレを入れて下さい。】