

ООО «Центр Оперативной Офтальмологии»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО – _____

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», был добровольно госпитализирован для прохождения хирургического лечения офтальмологический дневной стационар клиники ООО «Центр Оперативной Офтальмологии», добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) оперативного вмешательства направленного на стабилизацию и улучшение зрительных функций.

Я осведомлен, что оказание специализированной медицинской помощи будет осуществляться согласно порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты" Приказ Минздрава России от 12.11.2012 N 902н

Подтверждаю, что я ознакомлен(-а) с характером предстоящей мне операции Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

Я проинформирован(а), что операция - _____

Врач-офтальмолог _____ предупредил меня о возможных рисках и преимуществах данного метода лечения.

Я осведомлен(а) о том, что могу отказаться от прохождения лечения, в этом случае прогрессирование заболевания может привести к снижению зрительных функций вплоть до полной их утраты, развитию вторичной глаукомы и слепоте.

Врач-офтальмолог разъяснил мне, и я осознал(а), что окончательный результат медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных физиологических особенностей организма и связанных с этим процессов заживления, и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время него.

Врач-офтальмолог разъяснил мне, и я осознал, о необходимости строго придерживаться назначений и рекомендации врача в послеоперационном периоде о необходимости явок на осмотры.

Я осведомлен(а) о том, что хирургическое лечение заболевания может быть многоэтапным.

Я осведомлен(а) о том, что при необходимости может потребоваться дополнительное консервативное лечение и/или хирургическое вмешательство.

Я информирован(а) о наличии других клиник, а также других, альтернативных методов лечения. Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Я предупрежден(а), что противопоказаниями для проведения операции - _____

следующие случаи: обострение хронических болезней; Наличие в области век и глаз острого воспалительного процесса, острая сердечная недостаточность, обострение хронических психических заболеваний.

Мне разъяснено, что временно противопоказана операция _____ после острых респираторных заболеваний, гриппа, ангины, а также обострений хронических болезней уха, горла, носа (гайморит, синусит, отит и т.д.); гнойничковых заболеваний кожи; при наличии воспалительных заболеваний полости рта – кариеса, пародонтита, периостита и т.д.; при обострении хронических инфекций и при остром воспалении мочеполовой системы (уретриты, простатиты, аднекситы). А также при возникновении острых инфекционных заболеваний (Гепатиты, ВИЧ, Сифилис, Туберкулез и др.) до установления стойкой ремиссии или выздоровления.

Во всех перечисленных случаях необходимо лечение, операция возможна через 1 месяц после наступления ремиссии или выздоровления. (клинически подтвержденного).

Также я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность.

Хирургическое вмешательство временно вызовет некоторый дискомфорт в виде ощущения инородного тела, слезотечения, светобоязни, колющих или давящих болей в оперируемом глазу и окружающих тканях

Врач доступно разъяснил мне и я осознал(а), что имеются следующие возможные особенности и осложнения после операции: отслоение десцеметовой оболочки, разрыв задней капсулы, выпадение или отслоение стекловидного тела, дислокация хрусталика, повреждение роговичного эндотелия, повышение внутриглазного давления, отслойка сетчатки, кистозный отек сетчатки, гипотония с измельчением передней камеры, выпадение радужки, временное повышение внутриглазного давления, вторичная катаракта, вторичная глаукома, геморрагические осложнения, экспульсивная геморрагия, воспаление внутренних оболочек глаза, эндофтальмит, нарушение кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва и др. О возможности низкого оптического эффекта операции из-за сопутствующей патологии сетчатки и зрительного нерва я информирован (если такие имеются).

Я извещен(а) о том, что все вышеперечисленное может привести к снижению и даже потере зрения в послеоперационном периоде, мне разъяснено, что, в связи с этим может потребоваться дополнительное хирургическое лечение.

Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(а) до и после операции неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача.

Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных препаратов. В случае невыполнения пациентом рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для операции ООО «Центр Оперативной Офтальмологии» не несет ответственности за нежелательные последствия данного медицинского вмешательства.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я понимаю, что при изменении моего состояния или появлении новой информации о моем состоянии может появиться необходимость корректировки плана лечения для лучшего удовлетворения моих интересов, поэтому я даю согласие на:

- оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач,
- привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Мне разъяснены лечащим врачом следующие рекомендации по соблюдению послеоперационного режима: Противопоказана работа за компьютером и просмотр телевизора в первые 5-7 дней после оперативного вмешательства. Ограничение зрительных нагрузок, чтение письмо дольше 45 минут без перерыва.; физически не воздействовать на оперированный глаз – тереть его или нажимать; не поднимать тяжести; строго соблюдать врачебные назначения, и рекомендации по явкам в клинику; не пользоваться декоративной косметикой в течение 14 дне; не курить и не употреблять спиртные напитки.

В случае обострения хронических заболеваний в срочном порядке сообщить об этом врачу офтальмологу _____, а также своему лечащему профильному специалисту.

Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения при проведении операции и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Я согласен(а), что моим оперирующим хирургом будет _____.

(ФИО лечащего врача)

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

Подпись пациента _____ / _____ / _____
(или подпись его законного представителя) (дата)

Подпись врача: _____ / _____ / _____
(дата)