

**ООО «Центр офтальмохирургии Светадар»**

155800 г.Кинешма ул. Вичугская д.108 телефон: 8(49331)2-95-55

Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Информированное согласие пациента на диагностику и лечение**

1. Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО «Центр офтальмохирургии Светадар» медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724, 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина,

контактный телефон)

2. Я обязуюсь предоставить перед лечением полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, о принимаемых мною медикаментах, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенном ранее обследовании (лечении), об имеющихся аллергических и других индивидуальных реакциях и особенностях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых услуг.

3. Я проинформирован (а), что мне для диагностики и лечения может понадобиться проведение поверхностной местной анестезии. Местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная анестезия проводится путем орошения слизистой оболочки анестетиком с целью обеспечения эффекта обезболивания. Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания.

4. Мне разъяснено, что применение поверхностной местной анестезии, а также лекарственных средств с диагностической и лечебной целью, может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты различной степени тяжести.

5. После проведенного обследования мне рекомендовано лечение \_\_\_\_\_

6. Я получил (а) необходимые разъяснения относительно данного заболевания, предложенного мне объема лечения и возможных его результатах, а также рекомендации о соблюдении режима во время и после него, которые обязуюсь выполнять.

Мне даны подробные разъяснения по поводу того, что:

- несмотря на соблюдение технологии, нельзя исключить возможность осложнений при проведении диагностических и лечебных мероприятий, связанных с факторами риска, как со стороны обследуемого органа или системы, так и с факторами риска общих заболеваний (например, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания сетчатки и другие), а также употреблением алкоголя, курением и др.

- наличие факторов риска, может в ходе проведения лечения, изменить ранее намеченный план лечения (увеличить сроки лечения, потребовать дополнительных этапов лечения и др.).

- несоблюдение рекомендаций врача, режима приема медикаментов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Меня предупредили:

- о необходимости соблюдения режима, регулярного приема препаратов и выполнения процедур, назначенных врачом;

- об обязательном согласовании с врачом приема любых препаратов и выполнения процедур, назначенных врачом;

- об обязательном сообщении врачу о любом ухудшении моего состояния здоровья.

7. Я доверяю врачу принять соответствующее профессиональное решение и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния и (или) уменьшения риска осложнения.

8. Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы по поводу моего заболевания, его диагностики, методов и прогнозе лечения.

Я получил (а) на них удовлетворительные ответы.

9. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом и полностью мною понято. На основании предоставленной врачом информации, я согласен (согласна) на проведение предложенного мне лечения. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие пациента на диагностику и лечение, что и удостоверяю своей подписью.

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года