

Учитывая наличие \_\_\_\_\_  
пациенту показана \_\_\_\_\_ в плановом порядке.

**Информированное добровольное согласие пациента  
на медицинское вмешательство (проведение операции на органах зрения)**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
паспорт: \_\_\_\_\_,  
выдан: \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_  
даю согласие на проведение операции (медицинского вмешательства) \_\_\_\_\_.

в соответствии с результатами обследования в ООО «Центр офтальмохирургии Светадар» (в соответствии ст. 20 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

1. Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных нарушениях моего здоровья.

2. Мне разъяснено, что во время операции могут возникнуть обстоятельства, требующие изменения предложенного объема вмешательства или вида оперативного лечения, что дает право хирургу поступать в соответствии с принятыми в подобной ситуации методиками.

Я был(а) предупрежден(а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут иметь место различные осложнения, такие как постановка переднекамерной линзы, наложение швов на роговицу, повышение внутриглазного давления; внутриглазное кровоизлияние, внутриглазное воспаление, нарушение кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва.

3. 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.

4. Я проинформирован (а), что мне для производства операции понадобится проведение инъекционной местной анестезии. Местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также к временному ощущению припухлости этой области.

5. Мне разъяснено, что применение инъекционной местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты различной степени тяжести обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями.

6. Я имел(а) возможность задать любые вопросы касательно моего заболевания, способов лечения, возможных осложнений, исходов операции и получил(а) на них понятные ответы.

7. Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении.

8. 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 лекарств.

9. Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

10. Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на проведение операции с применением местной инъекционной анестезии.

Дополнительная информация: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя пациента \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

(должность, И.О., Фамилия)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

Учитывая наличие \_\_\_\_\_  
пациенту показана \_\_\_\_\_ в плановом порядке.