

## Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство (проведение операции) - факоемульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО),  
дата рождения \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_,

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), паспорт: \_\_\_\_\_,  
выдан: \_\_\_\_\_,  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_.  
(ФИО несовершеннолетнего или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обращаюсь по доброй воле в **глазную клинику «Смотри Самара» (ООО «Смотри Самара», ОГРН 1196313015095)** и даю добровольное согласие на проведение мне/ лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинского вмешательства (операции) - факоемульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ.

Я информирован(а), что операция факоемульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ предполагает выведение с помощью ультразвука помутневшего вещества хрусталика и установку на его место гибкой линзы, которая фиксируется и обеспечивает оптическую функцию. После операции пациент уходит домой и приходит на осмотр на следующий день. Проводится осмотр врачом и назначается капельное лечение.

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_  
(ФИО врача)

предупредил меня о возможных рисках и преимуществах данного метода лечения. 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. Я осведомлен(а) о том, что хирургическое лечение заболевания может быть многоэтапным. Я осведомлен(а) о том, что при необходимости может понадобиться дополнительное лечение (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 факоемульсификация катаракты являются ситуации, если:

У пациента происходит обострение хронических болезней;

Пациент находится в тяжелом состоянии;

В области век и глаз идет воспалительный процесс или имеется онкологическое заболевание;

У пациента имеется психическое расстройство.

В некоторых случаях факоемульсификацию не рекомендуют проводить, если у пациента имеются другие глазные заболевания, так как существует риск не получить желаемый результат.

Мне разъяснено, что **временно противопоказана** операция факоемульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ 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). Во всех перечисленных случаях необходимо лечение, операция возможна через 1 месяц после стихания воспаления или выздоровления.

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, и **врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях**, но дал(а) свое согласие на проведение мне/представляемому лицу данного медицинского вмешательства.

Хирургическое вмешательство вызовет некоторый дискомфорт в оперируемой области. Возможно возникновение боли в глазу и прилегающих тканях.

Врач доступно разъяснил мне и я осознал(а), что имеются следующие **возможные особенности и осложнения после операции**: разрыв задней капсулы, отслоение десцеметовой оболочки, выпячивание или отслоение стекловидного тела, смещение хрусталика, непигментные преципитаты, роговичные эндотелиальные повреждения, высокое внутриглазное давление, отслойка сетчатки, отек сетчатки, мелкая передняя камера, выпадение радужки, временно повышенное внутриглазное давление, вторичная катаракта, вторичная глаукома, геморрагический экссудат, внутриглазное воспаление, 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 «Смотри Самара» 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. Вопрос имплантации заднекамерной мягкой интраокулярной линзы, постановка переднекамерной мягкой интраокулярной линзы, наложение швов на роговицу, решается хирургом **в ходе операции**.

- привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Мне разъяснены лечащим врачом следующие **рекомендации по соблюдению послеоперационного режима**: не давать большие зрительные нагрузки в течение первых двух недель; физически не воздействовать на оперированный глаз – тереть его или нажимать; не поднимать тяжести; не засыпать лежа на стороне оперированного глаза; не пользоваться декоративной косметикой; не курить и не употреблять спиртные напитки.

Я предупредил лечащего врача о хронических заболеваниях \_\_\_\_\_

Решение восстановить зрение при помощи факэмульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ является моим собственным и было принято без принуждения и навязывания чьей-то посторонней воли.

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

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя пациента)

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью ООО «Смотри Самара». Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства.

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. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. 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)