

**Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство –
лазерная коагуляция сетчатки**

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» (ООО «Смотри Самара», ОГРН 1196313015095)** и даю добровольное согласие на проведение мне/ лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинского вмешательства - лазерной коагуляции сетчатки.

Мне разъяснены **цели медицинского вмешательства**: профилактика отслойки сетчатки глаза при дистрофии сосудов сетчатой оболочки, гипертонической и диабетической ретинопатии, изменении сосудов, наличии опухолей, ангиоматозе, возрастном ухудшении состояния сетчатки, разрывах сосудов, попадании жидкости стекловидного тела под сетчатку; лечение легкой степени отслойки сетчатки глаза при наличии небольшого участка отслойки; коррекция после операции по устранению отслойки для образования более надежных связей после разрывов в области хирургического воздействия, иное: _____.

Мне разъяснено, что лазерная коагуляция сетчатки представляет собой метод лечения и профилактики заболеваний глаз, связанных с дистрофическими изменениями сосудов или их разрывами, суть которого заключается в отделении участков с дефективными сосудами с помощью медицинского лазера. Образовавшиеся коагулянты прочно связывают сетчатку с прилежащими глазными оболочками, что способствует восстановлению нормального кровоснабжения глаз. Отграничение зоны риска коагулянтами сводит к минимуму риск возникновения отслойки сетчатки на этом участке.

Врач-офтальмолог _____

(ФИО врача)

предупредил меня о возможных альтернативных методах, рисках и преимуществах данного метода лечения.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, во многом он 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 понимаю, что **ожидаемый мной результат лечения не гарантирован**, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. 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).

Мне разъяснена необходимость **применения местной инъекционной анестезии** для обезболивания медицинской манипуляции. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я информирован(а) о наличии других клиник, а также других 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.

Мне разъяснено, что при подготовке к лазерной коагуляции сетчатки необходимо исключить употребление лекарственных препаратов, оказывающих влияние на свертываемость крови, отказаться от курения.

Мне разъяснено, что **противопоказаниями** к лазерной коагуляции сетчатки являются: сильное помутнение и покраснение тела глаза (высок риск воздействия лазера в области глазного яблока); низкая острота зрения (менее показателя 0,1 диоптрий); изобилующая новообразованными сосудами радужная оболочка; глазное дно с выраженными кровоизлияниями; 3 и 4 степень глиоза (помутнение задней части стекловидного тела), иное (указать) _____.

Мне разъяснено, что после проведения лазерной коагуляции сетчатки **возможно возникновение нежелательных осложнений**: кратковременный отек роговицы (на несколько дней снижается зрение, затем острота восстанавливается); воздействие на хрусталик, что может привести к развитию катаракты;

воспаление радужной оболочки; ухудшение ночного видения, появление в поле зрения темных пятен, иное (указать) _____.

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.

Мне разъяснено, что **результатом** лазерной коагуляции сетчатки является образование прочной связи сетчатки с прилежащими глазными оболочками. Полное заживление и рубцевание коагулянтов происходит в срок до двух недель.

Мне разъяснено, что после проведения лазерной коагуляции сетчатки, особенно при сахарном диабете, не исключены рецидивы, появление новых участков с дистрофическими сосудами или начинающейся отслойкой. После проведения процедуры рекомендуется регулярный осмотр врачом-офтальмологом.

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

Мне разъяснено, что после лазерной коагуляции сетчатки противопоказаны тяжелые виды спорта и нагрузки, поднятие тяжестей. Не рекомендуется находиться на солнце без защитных очков. Следует воздержаться от управления транспортным средством до образования прочных хориоретинальных спаек.

Мне разъяснено, что я имею **право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения**, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Решение восстановить зрение при помощи лазерной коагуляции сетчатки 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.

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

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

(дата)

Подпись врача: _____ / _____ /

(дата)