

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Федеральное государственное автономное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
«Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза»
имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России)

П Р И К А З

25.04.2022

Москва

№ 97

**Об утверждении и введении в действие
типовой формы информированного
добровольного согласия
на медицинское вмешательство
(коррекция зрения)**

В целях соблюдения Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и совершенствования типовых форм документов при оказании медицинских услуг,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить типовую форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (коррекция зрения) согласно приложению.
2. Начальнику отдела научной информации Политовой Е.А. обеспечить размещение текста настоящего приказа на официальном сайте ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.
3. Заместителю генерального директора по организационной работе и инновационному развитию Ходжаеву Н.С. довести настоящий приказ до сведения филиалов.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на главного врача Соболева Н.П.

Исполняющий обязанности
генерального директора


О.В. Гриднев

Визы:

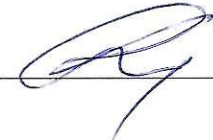
Заместитель генерального директора
по правовой и кадровой работе
« 21 » 04 2022г.


В.А.Варьясова

Заместитель генерального директора
по организационной работе
и инновационному развитию
« 21 » 04 2022г.


Н.С. Ходжаев

Главный врач
« 21 » 04 2022г.


Н.П.Соболев

Заведующая отделением лазерной
и рефракционной хирургии
« 20 » 04 2022г.


А.Л.Пахомова

Начальник юридического отдела
(исполнитель, тел. 87-13)
« 15 » 04 2022г.


Н.И.Чижова

Начальник отдела документационного
обеспечения
« 15 » 04 2022г.


Л.Т.Бокова

Приложение
к приказу ФГАУ «НМИЦ «МНТК
«Микрохирургия глаза» им. акад.
С.Н. Федорова» Минздрава России
от 25 04 2022 г. № 97

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (коррекция зрения)**

Я, Пациент _____
медицинская карта Пациента № _____, «____» _____ года рождения,
проживающий(ая) по адресу: _____

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

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

Паспорт _____ выдан _____, являясь
законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем), Пациента
(нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным: «____» _____
(число, месяц, год)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства, в том числе 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, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно),

-Я добровольно даю свое согласие на проведение мне лечения, в соответствии с назначениями врача по поводу

OD _____

OS _____;

и желаю получить следующие медицинские услуги в ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, (далее «Учреждение»)

| №п/п | Код услуги | Название услуги |
|------|------------|-----------------|
| | | |
| | | |

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

-Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести

- и возможных осложнениях моего заболевания;
- В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
 - Я информирован об объеме, характере предлагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне делать во время проведения лечения;
 - Я предупрежден, что в случае необходимости мне может понадобиться дополнительное лечение и на него согласен;
 - Я информирован о возможном изменении плана и объема лечения в процессе предоперационного осмотра и (или) оперативного вмешательства и даю на это своё согласие;
 - Я информирован о вероятности возникновения необходимости в дополнительном обследовании и консультациях специалистов в процессе лечения и согласен на все виды этих обследований и консультаций в необходимых объемах;
 - Я получил (а) исчерпывающие разъяснения относительно возможных мне методов коррекции зрения;
 - Мне даны необходимые разъяснения относительно моего диагноза, прогноза, выбранного метода коррекции, а также необходимые рекомендации по режиму лечения и особенностям послеоперационного периода;
 - Мне известно, что любые рефракционные операции, включая все методы лазерной коррекции зрения, не гарантируют 100% зрение без очков: итогом операции может быть как слабая близорукость, дальнозоркость, так и небольшой астигматизм и я информирован (а), что восстановление зрения у каждого пациента происходит очень индивидуально, у некоторых в более ранние сроки после операции, у других несколько позже, особенно при допкоррекции первичной рефракционной операции;
 - Мне известно, что после любых методов коррекции зрения, у пациентов возможны побочные оптические эффекты, такие, как круги светорассеяния вокруг источников света ("glare", "halo", "starburst"), "засветка" от фар встречного транспорта, ощущение "тумана" в помещении, ощущение "размытости" контуров предметов, временное ощущение "двоения", снижение остроты зрения в условиях вечернего и ночного освещения по сравнению с дневным освещением и так далее;
 - Мне известно, что после кераторефракционных операций может быть проявления синдрома сухого глаза в той или иной степени выраженности. Все вышеуказанные оптические эффекты и синдром сухого глаза проходят или снижают свою интенсивность в течение нескольких недель или месяцев после выполнения лазерных кераторефракционных операций;
 - Мне известно, что в случае возникновения различных нестандартных ситуаций лечение может быть многоэтапным и первоначально планируемая операция может быть заменена на другую рефракционную операцию, более подходящую в данной конкретной ситуации.
 - Я информирован (а) о возможном риске развития кератоконуса (эктазии роговицы) после лазерной коррекции зрения, который практически не превышает риск развития первичного кератоконуса (1:2000 случаев).
 - Я информирован (а), что в зрелом возрасте буду нуждаться в коррекции зрения для близи в очках;
 - Я предупрежден, что на результатах операции у пациентов старше 40 лет будут сказываться возрастные изменения органа зрения (катаракта, глаукома, макулодистрофия и прочее);
 - Я согласен(-а) с тем, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями заживления при проведении предложенного мне лечения, а также во время операции и в процессе послеоперационного лечения, даже в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований;
 - Я предупрежден о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня глазным и общим заболеваниям;
 - Я извещен о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;
 - Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне 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 правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

-Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;

-Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

-Я согласен на участие в рамках практической подготовки обучающихся – аспирантов Учреждения в оказании мне медицинской помощи, на присутствие обучающихся ординаторов Учреждения при лечении, а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов лечения в учебном процессе, проведения научных исследований и публикаций в научных изданиях. Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) глаза в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны;

-Я согласен на обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством;

-Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого, мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на хирургическое вмешательство в предложенном мне объеме;

-Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:

_____ (перечислить фамилии, имена, отчества - полностью)

-Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем - по доверенности, при невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических исследований по каналам _____ электронной _____ почты _____ по _____ адресу: _____;

-Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне лечения и получил на них исчерпывающие ответы;

-Я подтверждаю, что решение о проведении лечения является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли;

-Я информирован о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в амбулаторных (стационарных) условиях в Учреждении, размещенных на сайте www.mntk.spb.ru. и на бумажном носителе на информационных стендах Учреждения.

Пациент _____ (законный представитель) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Дата: _____ 20__ г.

В присутствии переводчика

(для иностранных граждан) _____

подпись

(расшифровка подписи)

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого лечения и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель) расписался в моем присутствии

Врач - офтальмолог
(должность)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)