Приложение 9

к приказу ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от «23» 08 2023 г. № 198

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

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

Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным «_____» _____ _____ г.
(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 2012 г. № 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 дополнительные 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 допоррекции 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.ru. и на бумажном носителе на информационных стендах Учреждения.

Пациент (законный представитель Пациента)	_____ (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 Пациента) расписался в моем присутствии

Врач-офтальмолог (должность)	_____ (подпись)	_____ (расшифровка подписи)