

Учитывая наличие катаракты правого/левого глаза, пациенту показана факэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ в плановом порядке

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

Я, (ФИО пациента, дата рождения), даю согласие на медицинское вмешательство — проведение операции в соответствии с результатами обследования и диагностики в ООО «Орловская глазная клиника» (в соответствии со 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 осложнениях 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. Вопрос имплантации заднекамерной мягкой интраокулярной линзы, постановка переднекамерной мягкой интраокулярной линзы, наложение швов на роговицу, решается хирургом в ходе операции. Я был(а) предупрежден(а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут иметь место различные осложнения, такие как: разрыв задней капсулы, отслоение десцеметовой оболочки, кровотечение в переднюю камеру или стекловидное тело, 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, гифема, 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).

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

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

6. 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;

7. Я поставил(а) 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

8. Даю добровольное согласие на проведение операции.

9. Даю согласие на получение лично мною информации о результатах проведенного предоперационного лабораторного обследования.

10. Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Дополнительная информация:

---

---

---

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 года.

Подпись \_\_\_\_\_

Врач: (ФИО врача)