

ООО «Орловская Глазная Клиника ИНН 5753200826 ОГРН 1135749003301  
Адрес: 302028, Россия, Орловская область, Город Орёл, ул. Гуртьева, д. 27, строение 2

**Информированное добровольное согласие пациента об объёме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (на ортокератологическую коррекцию) в ООО «Орловская Глазная Клиника».**

Я, Потребитель: (ФИО пациента, дата рождения, документ удостоверяющий личность) зарегистрированный по адресу (адрес проживания).

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

*Я, (ФИО законного представителя),*

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

---

*(Ф.И.О. ребенка до 15 лет или недееспособного гражданина – Ф.И.О. полностью, дата рождения)*

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг согласен получить платные медицинские услуги в ООО «Орловская Глазная Клиника», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) и даю свое добровольное согласие:

1. Метод коррекции зрения: ортокератология (ОК-терапия), Коррекция зрения методом ортокератологии позволяет обратимо (временно) устранять близорукость до  $-8,00D$ , дальнозоркость до  $+4,00D$  и роговичный астигматизм до  $5,00D$  при регулярном использовании контактных линз обратной геометрии во время ночного сна ежедневно не менее 8ч, если Вашим лечащим врачом не установлен другой режим. Ортокератологические линзы (ОКЛ) разрешены к применению в Российской Федерации Росздравнадзором. Методика рекомендована к применению «Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению близорукости у детей».

2. Процедура подбора ОКЛ выполняется после предварительного полного офтальмологического обследования, включая кератотопографию. При отсутствии противопоказаний офтальмолог производит подбор ОКЛ. В ходе процедуры будут использованы анестезирующие капли. Первичный прим, включая обучение навыкам использования ОКЛ и ухода за ними, может продолжаться от 1,5 до 3-х часов. Подбор длится минимум 1 месяц и требует не менее 4-х визитов к лечащему врачу.

3. Мне необходимо регулярно приходить на следующие диспансерные осмотры у врача-офтальмолога в ООО «Орловская Глазная Клиника» раз в 3-4 месяца в течение всего периода ношения линз. Я понял(а), что несоблюдение сроков визитов ставит под угрозу здоровье моих (моего ребёнка) глаз. Во время приема проводится исследование состояния

роговицы и осмотр ОКЛ на предмет механических повреждений их поверхности, проводится безвозмездная дополнительная обработка, поэтому ОКЛ необходимо иметь при себе на каждом осмотре. На каждом диспансерном осмотре я обязуюсь обрабатывать ОКЛ самостоятельно под контролем специалиста ООО «Орловская Глазная Клиника». Я понимаю, что это необходимое требование безопасности, поэтому специалисты центра таким образом проверяют мои навыки обращения с линзами. Если возникают обстоятельства непреодолимой силы, препятствующие явке на осмотр, я обязан(а) поставить в известность медицинского регистратора центра и перенести визит. При опоздании на прием более чем на 10 минут врач имеет право отказать в плановом осмотре, я буду должен(а) записаться на ближайшее свободное время снова.

Оптические aberrации, возникающие в результате изменения формы роговицы, могут отражаться на качестве ночного зрения, вызывая гало/глер эффекты (светорассеивание).

Эффект от воздействия ортокератологических линз обратим. Данная методика не обеспечивает перманентного корригированного зрения. Рефракция и зрительные функции вернуться к своему исходному уровню после прекращения использования ортокератологических линз по любой причине.

Полная коррекция нарушения рефракции не является гарантированной.

Данный вид коррекции замедляет и в ряде случаев полностью останавливает прогрессирование близорукости, однако результат стабилизации близорукости не может быть точно прогнозирован или гарантирован и зависит от индивидуальных особенностей пациента.

Я должен четко соблюдать все инструкции, данные мне доктором - офтальмологом, так как их несоблюдение увеличивает риск осложнений и может быть опасным.

Несоблюдение данных мне инструкций или не соблюдение графика осмотров может привести к прекращению ношения линз.

Я согласен нести ответственность в случае нарушения мною данного пункта, снимая в этом случае ответственность за моё здоровье с ООО «Орловская Глазная Клиника» и понимая, что это нарушение может служить поводом для отказа мне в подборе линз в дальнейшем.

4. Мне разъяснены в устной форме правила эксплуатации ОКЛ, и я получил(а) иллюстрированную печатную Инструкцию по применению ортокератологических линз (Инструкция). Я согласен(а) нести ответственность за выполнение правил ношения и ухода за линзами, изложенных в Инструкции.

5. Мне объяснили. Что мои ОКЛ являются хрупким изделием, и возможно повреждение линз (поломка, скол, грубые царапины) вследствие неаккуратного обращения. Я осознаю, что ношение поврежденной линзы нанесет вред моему здоровью (здоровью моего ребенка) и при моем желании продолжать ОК-терапию мне необходимо приобрести новую линзу согласно Прейскуранту.

6. По истечении эксплуатационного срока 1 год и при желании продолжить ОК-терапию требуется плановая замена линз в соответствии с Прейскурантом.

7. Я понимаю, что могу в любое время по моему желанию отказаться от дальнейшего получения медицинских услуг, предоставляемых мне ООО «Орловская Глазная Клиника».

8. У большинства пациентов запланированное повышение остроты зрения без коррекции достигается к 7-10 дню с момента начала регулярного использования ОКЛ в зависимости от исходной степени аметропии. Окончательный эффект в зависимости от степени аметропии и особенностей строения роговицы достигается к концу четвёртой недели непрерывного ночного использования ОКЛ.

9. При не достижении результата от ОК-терапии (максимально возможная высокая острота зрения в утренние часы) в течении первого месяца при соблюдении пациентом всех рекомендаций лечащего врача, пациенту возвращаются уплаченные денежные средства за неоказанные медицинские услуги, согласно договору.

10. Я понимаю, что ОК-терапия замедляет прогрессирование миопии только в 80% случаев.

11. Я предупрежден(а), что при ношении любых контактных линз (в том числе ОКЛ, когда контактные линзы используются в ночное время) возможны осложнения, обусловленные несоблюдением гигиены, нарушением правил ухода за линзами и их ношения, или скрытыми очагами инфекции в организме. Самым серьёзным осложнением, при котором возможна даже потеря зрения, является микробный кератит, частота которого составляет в среднем 0,077%. Я понимаю, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, и ООО «Орловская Глазная Клиника» не несет ответственности за их возникновение.

12. Меня предупредили, что пациенты-подростки в возрасте 12-15 лет попадают в зону повышенного риска получения осложнений в связи с неправильным уходом за линзами и нарушением правил эксплуатации. Я обязан(а) проводить очистку ОКЛ и контролировать процесс их снятия и надевания ребенком до 15 лет.

13. Я предупрежден(а) и понял(а), что в случае простудных и воспалительных заболеваний линзы нельзя надевать до полного выздоровления.

14. Я предупрежден(а) и понял(а), что при любом покраснении глаз линзы нельзя надевать, так как это грозит развитием осложнений. В этих случаях я обязан(а) незамедлительно поставить в известность о случившемся лечащего врача-офтальмолога и посетить кабинет для назначения соответствующего лечения.

15. Я проинформирован(а), что возможна аллергическая реакция (зуд, покраснение глаз) на компоненты растворов по уходу за линзами, и в этом

случае необходимо срочно обратиться в кабинет центра ООО «Орловская Глазная Клиника» для осмотра состояния глаз и смены системы ухода.

16. Мне были объяснены все возможные исходы ОК-терапии. Я согласен(а), что, учитывая физиологические и психологические возрастные особенности, а также особенности поведения ребёнка, врач может предложить альтернативный метод лечения.

17. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (моего ребенка) здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (моим ребенком) травмах, операциях, заболеваниях. О принимаемых лекарственных средствах. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии здоровья меня (моего ребенка) может способствовать развитию осложнений со стороны органа зрения или даже стать их причиной.

18. Дополнительную информацию мне могут предоставить по телефону центра ООО «Орловская Глазная Клиника» 25-49-40 , 25-49-20 в рабочее время центр. Я имею возможность задать любые дополнительные вопросы персоналу центра ООО «Орловская Глазная Клиника» по поводу предоставленных мне услуг и получить на них ответы.

19. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить другие виды медицинской помощи в других лечебных учреждениях, и подтверждаю своё согласие на получение указанной медицинской услуги в ООО «Орловская Глазная Клиника». Я даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,

включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее-Перечень).

20. Я согласен(а) на использование моих персональных данных, полученных в ходе предоставляемых мне медицинских услуг ООО «Орловская Глазная Клиника», в научных целях в среде медицинского сообщества с обязательным условием соблюдения правил конфиденциальности.

Я подтверждаю, что получил(а) необходимую информацию о выбранном мной методе ОК-терапии, мне ответили на все вопросы, заданные мной по поводу этого метода, и я согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа. Я согласен(а), что в моих интересах (в интересах моего ребёнка) приступить к ОК-терапии. У меня была возможность прояснить для себя все интересующие вопросы и достаточно времени, чтобы добровольно принять

решение о необходимости получения данной медицинской услуги, предоставляемой ООО «Орловская Глазная Клиника».

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и я добровольно даю своё согласие на получение медицинской услуги, предоставляемой ООО «Орловская Глазная Клиника».

Я понимаю, что данное Информированное согласие является юридическим документом и влечет за собой правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью амбулаторной карты.

ОК-терапия проводится целиком и полностью по согласию пациента (законного представителя)

Ф.И.О. пациента /законного представителя.

Я ознакомлен(а) и получил(а) экземпляр «Информированного согласия пациента»

\_\_\_\_\_ (Подпись пациента/ законного представителя)

Дата.

Ф.И.О. врача-офтальмолога, ЖАРКИХ ЕЛЕНА СЕРГЕЕВНА

телефон 8-910-203-47-23

Подпись врача-офтальмолога \_\_\_\_\_ Дата.