

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

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

(дата рождения: _____ проживающий(ая) по адресу: _____),

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

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

(паспорт: серия _____ № _____, регистрация: _____), являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, призванного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина и дата рождения – полностью)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции: _____

(название оперативного вмешательства)

и прошу персонал ООО «Клиника амбулаторной микрохирургии глаза» о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером, методом предстоящего мне (представляемому) оперативного вмешательства. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснены возможные последствия при отказе от оперативного вмешательства: ухудшение зрения / сужение поля зрения / повышение внутриглазного давления / необратимая слепота / хронический воспалительный процесс / уменьшение глазного яблока в размерах / непереносимость очковой и контактной коррекции / отсутствие бинокулярного зрения / зрительное утомление / косметический дефект (нужное подчеркнуть) и др. _____

- Мне разъяснено и я осознаю, что в ходе операции может возникнуть острое состояние, требующее в моих (представляемого) интересах расширения объема оперативного вмешательства, и (или) изменения метода обезболивания. В таком случае я согласен(а) на то, что ход операции может быть изменен без моего (представляемого) согласия по решению консилиума врачей, а в случае если собрать консилиум невозможно – непосредственно врачом с внесением такого решения в медицинскую карту амбулаторного больного и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации).

- Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с возможностью осложнений в ходе операции и в послеоперационном периоде: кровотечение, присоединение инфекции, снижение прозрачности оптических сред, повышение внутриглазного давления, дистрофия роговицы, воспалительная реакция глаза, аллергическая реакция, формирование отслойки сетчатки, снижение достигнутого эффекта операции, ухудшение общего состояния пациента, обострение хронических заболеваний.

- Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я предупрежден(а) что на прогнозируемый результат лечения могут повлиять отрицательно следующие сопутствующие заболевания глаза _____

и организма _____

- 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 (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов; сообщил(а)

правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я согласен(а)/отказываюсь (нужное подчеркнуть) на необходимые лабораторные исследования (общий анализ крови, глюкоза крови, биохимический анализ крови, RW, ВИЧ, маркеры гепатитов В, С; ЭКГ).

- Я согласен(а) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях (без указания моего (представляемого) реального имени) с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на проведение операции: _____

_____ (название оперативного вмешательства)

« ____ » _____ 20__ года

_____/_____
(подпись пациента/пациентки/ (Ф.И.О.)
законного представителя)

Расписался в моем присутствии:

Врач _____/
(подпись) (Ф.И.О.)