

Учитывая наличие _____
пациенту показана _____ в плановом порядке.

**Информированное добровольное согласие пациента
на медицинское вмешательство (проведение операции) ФЭК**

(проведение операции)

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____,

выдан: _____,

зарегистрированный(ая) по адресу _____

даю согласие на медицинское вмешательство - проведение операции в соответствии с результатами обследования и диагностики в ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» (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.

Я был(а) предупрежден(а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут иметь место различные осложнения, такие как постановка переднекамерной линзы, наложение швов на роговицу, повышение внутриглазного давления; внутриглазное кровоизлияние, внутриглазное воспаление, нарушение кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва и др.

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 задать любые вопросы касательно моего заболевания, способов лечения, возможных осложнений, исходов операции и получил(а) на низ понятные для меня ответы.

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

6. Я извещен (извещена) 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 (поставила) 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 (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

8. Даю добровольное согласие на проведение операции и комплексного предоперационного обследования, включающего в себя: клинический анализ крови; клинический анализ мочи; RW; обследование на Вич и Гепатит В и С; биохимические исследования крови (белок общий, билирубин, холестерин, сахар, креатинин, АСТ, АЛТ); ЭКГ; ФГ (проводится не в клинике); осмотр терапевта; осмотр ЛОР-врача; осмотр стоматолога (по показателям, проводится не в клинике); осмотр эндокринолога (по показателям, проводится не в клинике); обследование у офтальмолога (визометрия, авторефрактометрия, тонометрия, определение ПЭК, периметрия, гониоскопия, ОСТ и НРТ (по показаниям), биомикроскопия, офтальмоскопия, офтальмометрия, расчет ИОЛ (по показаниям), промывание слезных путей, подсчет эпителиальных клеток роговицы, кератотопография (по показаниям)). Даю согласие на получение лично мною информации о результатах проведенного предоперационного лабораторного обследования.

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

Дополнительная информация:

" _____ " _____ 20__ года.

Подпись _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)

(Должность, И.О. Фамилия)

" _____ " _____ 20__ года