

**Информированное согласие пациента на лечение.**

Я, Пациент (ка) \_\_\_\_\_,  
карта № \_\_\_\_\_, обращаюсь в ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» в связи с заболеванием:  
кератоконус.

1. Я получил(а) все необходимые разъяснения относительно данного заболевания, возможных видах его лечения и результатах.
  2. Я выражаю свое согласие на проведение рекомендованного мне лечения (оперативное):  
- **КРОССЛИНКИНГ**: стандартный, трансэпителиальный  
и на необходимую предоперационную подготовку по предложенной мне схеме.
  3. Я получил(а) все рекомендации о соблюдении режима во время лечения и после него, которые обязуюсь выполнять.
  4. Я предупрежден(а) о возможных осложнениях при проведении предложенного мне вида лечения, во время операции и в послеоперационном периоде.
  5. Я осведомлен(а) о том, что хирургическое лечение моего заболевания может быть многоэтапным. Я осведомлен(а) о том, что при необходимости может понадобиться дополнительное лечение (хирургическое вмешательство).
  6. Я осведомлен(а) о том, что кроме основного заболевания у меня имеется сопутствующая патология органа зрения
- 
7. Я выражаю свое согласие на сдачу анализов согласно предложенному списку.
  8. Обязуюсь поставить в известность врача о наличии в анамнезе соматических заболеваний и аллергических реакций на медикаменты.
  9. Я согласен(а) на все виды и объем обследования и консультации специалистов, которые могут понадобиться в процессе лечения.
  10. 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 (глюкоза); ФГ (проводится не в клинике); осмотр терапевта; осмотр ЛОР-врача; осмотр стоматолога (по показателям, проводится не в клинике); обследование у офтальмолога (авторефрактометрия, бесконтактная тонометрия, поля зрения, визометрия, кератотопография, биомикроскопия при циклоплегии, пахиметрия на аппарате Lenstar, ОСТ роговицы). Даю согласие на получение лично мною информации о результатах проведенного предоперационного лабораторного обследования
  11. Я предупрежден(а) о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня глазным и общим заболеваниям.
  12. Я информирован(а), что существуют другие медицинские учреждения, где может быть оказана медицинская помощь в лечении имеющегося у меня заболевания глаз.

При подписании этого документа последний мной прочитан, и я полностью понимаю его, возможные риски, осложнения при проведении операции и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства.

Решение подвергнуться операции является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

Пациент: \_\_\_\_\_ Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Настоящее согласие подписано Пациентом на приеме у офтальмолога после проведения разъяснительной беседы.

Пациент получил полную и подробную информацию об особенностях хирургического лечения и полностью отдает себе отчет об имеющихся местах рисках и возможных последствиях лечения.

Врач \_\_\_\_\_ Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

---

***Возможные осложнения  
(данные статистики)***

1. Окончательный результат медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных (физиологических) особенностей организма и связанных с этим процессов заживления и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения и/или во время его.
2. Возможно дальнейшее прогрессирование кератоконуса, что может потребовать других операций.
3. Возможно длительное заживление роговицы, периодически возникающие эрозии роговицы.
4. Воспаление роговицы (кератит), воспаление внутри глаза (увеит) – (вероятность 1:1000) возникает при занесении инфекции в полость конъюнктивы в послеоперационном периоде (несоблюдение гигиенических норм) или на фоне другого инфекционного заболевания (ОРВИ, грипп, ангина, герпес и т.д.), требует интенсивного лечения, возможно снижение зрения.
5. Отслойка сетчатки (1:2000). У пациентов, имеющих дистрофические изменения на глазном дне появление отслойки сетчатки может возникнуть независимо от операции и не является ее осложнением. Чтобы предупредить отслойку сетчатки у данной категории пациентов необходимо исследование глазного дна и при необходимости проведение лазеркоагуляции дистрофических очагов.
6. Повышение внутриглазного давления (вероятность 1:50), которое носит временный характер и обусловлено закапыванием гормональных препаратов (дексаметазон). Назначаются капли, снижающие внутриглазное давление. В редких случаях требуется операция.
7. Поверхностные помутнения роговицы (вероятность 1:300), в большинстве случаев исчезают бесследно в течение 6-12 месяцев, не мешает зрению. Для ускорения их исчезновения может требоваться дополнительное лечение.
8. Синдром сухого глаза до 6 месяцев после операции.
9. Возможны также индивидуальные реакции и осложнения, не предусмотренные данным соглашением.

С информацией ознакомлен(а). На операцию согласен (согласна). Дата: «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент: \_\_\_\_\_