

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ ЭНДОВИТРЕАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ
ИНГИБИТОРА АНГИОГЕНЕЗА**

я _____ ,

(фамилия, имя, отчество пациента)

ознакомлен (а) с протоколом эндовитреального введения ингибитора ангиогенеза.

Получил (а) исчерпывающие ответы на все вопросы, связанные с природой моего заболевания, способами лечения, возможными побочными эффектами, и исходом лечения. Даю добровольное согласие на ее проведение.

1. Определение показаний для проведения лечения, методика ее проведения и возможные побочные эффекты были обсуждены с заведующим офтальмологическим отделением.

2. Лечение будет проводиться по следующему плану:

В условиях операционной офтальмологического отделения мне эндовитреально (в полость глазного яблока) будет введен ингибитор ангиогенеза

После операции я буду находиться под амбулаторным наблюдением, чтобы в дальнейшем скорректировать назначение препаратов и контролировать состояние заболевания (появление рецидива).

3. Цель этого лечения состоит в том, чтобы по возможности остановить прогрессирование моего заболевания.

4. Я был (а) предупрежден (а), что эндовитреальное введение ингибитора ангиогенеза может иметь различные побочные действия:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| - снижение остроты зрения | - внутриглазное кровоизлияние |
| - повышение внутриглазного давления | - внутриглазное воспаление |
| - помутнение хрусталика | - выпадение полей зрения |

Так как эндовитреальное введение ингибитора ангиогенеза является новым видом лечения возможно развитие и других побочных эффектов, которые до настоящего времени еще не описаны.

5. Ожидаемый положительный эффект от эндовитреального введения ингибитора ангиогенеза заключается в возможности остановки прогрессирования моего заболевания.

6. 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, уровень глюкозы в крови, ЭКГ, ФГ (проводится не в клинике), осмотр терапевта, осмотр ЛОР-врача, обследование у офтальмолога (визометрия, авторефрактометрия, тонометрия, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, ОСТ макулярной зоны, промывание слезных путей). Даю согласие на получение лично мною информации о результатах проведенного предоперационного лабораторного обследования.

« _____ » 201 г.

(подпись больного)

(расшифровка подписи)

(подпись лечащего врача)

(расшифровка подписи)

ФИО _____

Возраст _____

Диагноз: _____.

Стад. лечение с 201__г. по 201__г.
При поступлении

Vis OD=

Vis OS=

Глазное дно:

_____ **Эндовитреальное введение ингибитора ангиогенеза на** _____

1. Выполнена местная, капельная анестезия S. Dicaini 0,5%.
2. Роговица защищена вискоэластиком.
3. Конъюнктивальная полость обработана «Бетадином».
4. Под конъюнктиву введено 0,5 мл S. Lidocaini 2,0% .
5. Через парацентез роговицы в меридиане 9.00 выпущено 0,2 мл влаги передней камеры.
6. В 4 мм от лимба инъекционно, трансклерально в витреальную полость введено 1,25 мг антиVEGF- фактора.
7. В конъюнктивальную полость инстиллированы дезинфицирующие капли.
8. На глаз наложена асептическая повязка.

Хирург:

Операционная медицинская сестра:

При выписке

Vis OD=

Vis OS=

Глазное дно:

Назначено:

1. Тобрадекс, глазные капли, по 1 капле в _____ глаз 4 раза в день, в течение 2-х недель.
2. Индоколлир 0,1%, глазные капли, по 1 капле в _____ глаз 4 раза в день, в течение 2-х недель.
Контрольный осмотр _____.

ЭПИКРИЗ

« ____ » _____ 20__ г. проведена операция эндовитреального введения ингибитора ангиогенеза на ____ (1,25мг)

При выписке

Vis OD=

Vis OS=

Глазное дно:

Назначено:

1. Тобрадекс, глазные капли, по 1 капле в _____ глаз 4 раза в день, в течение 2-х недель.
 2. Индоколлин 0,1%, глазные капли, по 1 капле в _____ глаз 4 раза в день, в течение 2-х недель.
 3. Контрольный осмотр _____.
-

ФИО _____ **Возраст** _____

Диагноз: _____.