

Информированное согласие пациента на лечение.

Я, Пациент (ка) _____,
карта № _____, обращаюсь в ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» в связи с
заболеванием: миопия, астигматизм, гиперметропия.

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):
 - **LASIK**: стандартный, тканесберегающий, асферический, персонализированный.
 - **ФРК**: стандартный, тканесберегающий, асферический.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). 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 эксимерлазерной коррекции зрения
(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. Возможна неодинаковая острота зрения на разных глазах (для любой операции).
3. Повреждение лоскута роговицы микрокератомом (1:2000) (только для LASIK). Операция прекращается. Повторная попытка коррекции возможна через 6 месяцев.
4. Смещение лоскута роговицы при механических повреждениях в раннем послеоперационном периоде (только для LASIK) (нельзя тереть, чесать глаза в течение 10 дней).
5. Воспаление роговицы (кератит), воспаление внутри глаза (uveит) – (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.
6. Послеоперационный астигматизм (1:500) . При неправильной фиксации метки пациентом в ходе операции. Возможно снижение зрения. Возможна повторная докоррекция через 3-6 месяцев.
7. Недокоррекция или гиперкоррекция (вероятность 1:500). Связаны с индивидуальными особенностями строения роговицы. Возможна повторная операция через 3-6 месяцев.
8. Регресс эффекта (частичное возвращение близорукости или дальнозоркости) возникает чаще при высокой степени близорукости или дальнозоркости (с вероятностью 1:100), что связано с индивидуальными особенностями строения роговицы. Возможна повторная докоррекция через 3-6 месяцев (при стабилизации процесса).
9. Врастание эпителия под лоскут (1:2000). Приводит к астигматизму, снижению зрения. Требуется чистки ложа роговицы под лоскутом. (только для LASIK).
10. В тёмное время суток могут появляться ореолы или «радужные круги» вокруг источника света (вероятность 1:50).
11. 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.
12. Индукцированный кератоконус (вероятность 1:1000) является результатом врожденной слабости тканей роговицы, при котором меняется конфигурация роговицы со снижением зрения. Лечение: контактные линзы, операция.
13. 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.
14. Поверхностные помутнения роговицы (вероятность 1:300) (характерны для ФРК), в большинстве случаев исчезают бесследно в течение 6-12 месяцев, не мешает зрению. В редких случаях требует повторной операции ФРК (1:2000).
15. Эксимерное лазерное лечение применяется в мире с 1989 года, является предметом продолжающегося клинического исследования, поэтому отдаленные результаты (более 20 лет) известны не окончательно.
16. Возможны также индивидуальные реакции и осложнения, не предусмотренные данным соглашением.

С информацией ознакомлен(а). На операцию согласен (согласна). Дата: «__» ____ 20__ г.
Пациент: _____