

Информированное добровольное согласие пациента на контактную коррекцию, включая ношение ортокератологических линз

1. Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

обязуюсь предоставить перед коррекцией зрения полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, о принимаемых мною медикаментах, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенном ранее обследовании (лечении), об имеющихся аллергических и других индивидуальных реакциях и особенностях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых услуг.

2. Я проинформирован (а), что мне для диагностики и коррекции зрения может понадобиться проведение поверхностной местной анестезии. Местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная анестезия проводится путем орошения слизистой оболочки анестетиком с целью обеспечения эффекта обезболивания. Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания.

3. Мне разъяснено, что применение поверхностной местной анестезии, а также лекарственных средств с диагностической и лечебной целью, может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты различной степени тяжести.

4. После проведенного обследования мне рекомендован метод контактной коррекции _____

5. Я получил(а) необходимые разъяснения относительно предложенного мне метода контактной коррекции и возможных его результатах, а также рекомендации о соблюдении режима во время ношения линз, которые обязуюсь выполнять.

6. Настоящим Согласием подтверждаю, что:

- мне даны подробные разъяснения о возможностях, целях и особенностях данного метода контактной коррекции;
- мне объяснили механизм и принцип действия данного метода контактной коррекции зрения;
- меня проинформировали о системе подбора линз и последующих обязательных систематических осмотрах у врача-офтальмолога в ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии»;
- меня проинформировали в устной и письменной форме о правилах эксплуатации контактных линз, ознакомив с текстом инструкции по применению контактных (ортокератологических) линз;
- меня проинформировали о предположительном результате использования данного метода контактной коррекции и о возможных осложнениях при его применении.

Я получил(а) необходимую информацию о выбранном мной методе контактной коррекции зрения, мне ответили на все вопросы, заданные мной по поводу этого метода, и я согласен(а) на получение медицинских услуг, предоставляемых мне ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» на условиях, изложенных в настоящем Согласии.

7. Я согласен(а) на проведение врачом-офтальмологом обязательных систематических осмотров в кабинете ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» (раз в 4 месяца при ОК-терапии (ортокератологии), раз в 6 месяцев при прочих вариантах контактной коррекции) в течение всего периода ношения линз. При ОК-терапии повторный осмотр проводится на следующее утро после первой ночи применения ортокератологических линз. Окончательный эффект данного вида коррекции появляется к концу первого месяца регулярных ночных ношений линз, в связи с чем необходим осмотр через месяц. Дальнейшие визиты к врачу должны осуществляться 1 раз в 3-4 месяца. В случае, если пациент без предварительного предупреждения не является на осмотры к врачу, ответственность за отсутствие должного эффекта в полном объеме возлагается на него. Срок эксплуатации одной ортокератологической линзы составляет 1 год, далее требуется покупка новой линзы.

8. Я согласен(а) нести ответственность за выполнение правил ношения и ухода за линзами, изложенными в Инструкции, т.к. понимаю, что несоблюдение данных правил может повлечь за собой ряд возможных осложнений по моей вине. Я понимаю, что при потере ортокератологической линзы или наличии на ней любого рода повреждений (царапины, скол), образовавшиеся в результате неаккуратного обращения, потребуются заказ новой линзы с оплатой за мой счет.

9. Я проинформирован о том, что несоблюдение правил ухода за ортокератологическими линзами может привести к воспалению переднего отрезка глаз. Средства, используемые для обработки ортокератологических линз, могут привести к возникновению аллергических реакций (в этих случаях нужно незамедлительно отказаться от их использования и поставить в известность о случившемся лечащего врача).

10. В случае наличия индивидуальных особенностей глаза, невозможности подбора ОК-линзы стандартных параметров, мне будет предложен заказ примерочных линз, что повлечет дополнительную оплату и увеличение времени подбора.

11. Я проинформирован, что в случае невозможности подбора мне ОК-линз в течение 7 дней мне будет проведен возврат денег в размере 70% от стоимости ОК-линз. При моем отказе от ОК-терапии по собственной инициативе стоимость ОК-линз мне не возвращается.

12. У меня было достаточно времени, чтобы принять решение о необходимости получения мной медицинских услуг, предоставляемых ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии».

13. Я имею возможность задать любые дополнительные вопросы по поводу предоставленных мне ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» услуг персоналу клиники и получить на них ответы.

14. Если пациент несовершеннолетний (_____) лет или недееспособный, то я, _____ несую

Ф.И.О. опекуна или родителя

ответственность за обработку линзы своего ребенка (или недееспособного) и контролирую процесс обработки, хранения и ношения линзы.

15. Я получил(а) экземпляр инструкции по уходу за контактными (ортокератологическими) линзами.

16. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом и полностью мне понятно. На основании предоставленной врачом информации, я согласен (согласна) на проведение предложенного мне метода контактной коррекции. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие пациента на диагностику и проведение контактной коррекции (включая ношение ортокератологических линз).

Ф.И.О. пациента

подпись пациента

дата

или

Ф.И.О. опекуна или родителя

подпись опекуна или родителя

дата

Ф.И.О. врача-офтальмолога

подпись врача-офтальмолога

дата