

## **Информированное письменное добровольное согласие Пациента на оказание медицинских услуг и хирургическую операцию.**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Законом Кыргызской Республики «Об охране здоровья в Кыргызской Республике».

1. Мне \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

разъяснены состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий. Настоящим согласием я доверяю медицинскому персоналу ОсОО «Офтальмологический лазерный центр» (далее – Клиника) выполнять хирургическое лечение - **факозмульсификация катаракты/ прозрачного хрусталика правого /левого,** которое проводится под /аналгоседацией/внутривенным наркозом/ларингальным наркозом (определяется врачом-анестезиологом), Подписывая данный документ, я даю добровольное согласие на проведение необходимых для меня медицинских процедур.

2. Я осознаю, что обязан(-а) поставить в известность врача о всех проблемах со здоровьем, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных и диагностических средств, а также злоупотреблением алкоголем или наркотическими препаратами до и после медицинского вмешательства. Я даю согласие не осуществлять самостоятельный прием лекарственных препаратов без консультации, назначения и согласования с лечащим или дежурным врачом.

3. Мне разъяснено Врачом, и я осознал(-а), что окончательный исход медицинского лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей моего организма и связанных с этим процессов заживления и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время него. Я получил(-а) в полном объеме необходимые разъяснения относительно медицинского вмешательства, информирован(-а) обо всех возможных рисках, осложнениях и последствиях медицинского вмешательства, которые могут повлечь дополнительное лечение, в т.ч. хирургическое. Я осознаю, что используемые при обследовании приборы имеют технологические пределы точности измерения, что может привести к погрешностям в определении параметров органов зрения и повлиять на результаты операции. Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно окончательных результатов лечения не может быть предоставлено.

4. Мне разъяснено, что в случае возникновения неотложных состояний, врач вправе самостоятельно по жизненным показаниям определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной в медицинской амбулаторной карте;

5. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников режима приема препаратов самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

6. Я предупрежден(а) по поводу того, что иногда в связи с тяжестью исходного состояния или при наличии у меня сопутствующих глазных или общих заболеваниях (например, сахарного диабета, гипертонической, ишемической болезни, гематологических, иммунных заболеваний и т.п.) возможно изменение плана хирургического вмешательства, в т.ч. в момент проведения операции, многоэтапность хирургического лечения, нестандартное послеоперационное течения заболевания, что может дать зрения, не соответствующее моим ожиданиям, и (или) потребовать дополнительного лечения и увеличить его сроки;

7. Я получил(-а) от Врача необходимые разъяснения относительно предложенной мне операции (см. п 1 настоящего Согласия), а также технологических особенностях предложенной интраокулярной линзы (далее ИОЛ). Я осознаю, что как в процессе операции, так и в послеоперационном периоде возможны непредвиденные осложнения, в некоторых случаях приводящих к потере зрения, риск которых составляет суммарно не более 3 % (такие как: экспульсивная геморрагия, разрыв задней капсулы хрусталика, выпадение стекловидного тела, вывих хрусталика в стекловидное тело, гемофтальм, послеоперационный увеит, вторичная глаукома, отслойка сетчатки, макулярный отек, дислокация или децентрация ИОЛ с возможной заменой модели ИОЛ, вторичная катаракта, реакция роговицы глаза на ультразвуковое воздействие во время операции, выражающаяся в отеках роговицы разной степени, иногда с последующим развитием дистрофии роговицы со стойким снижением зрения и возможным болевым синдромом и др). Я информирован о том, что Врач вправе отменить, прекратить операцию на любом этапе или перенести срок её выполнения, сменить согласованный с пациентом план оперативного лечения с отказом от запланированного типа операции и/или вида ИОЛ и с выбором хирургом другого, более оптимального типа операции и вида ИОЛ в каждой конкретной клинической ситуации, с последующим информированием меня об этом.

8. Я доверяю Врачу подбор вида и контроль за проведением лечения и осознаю, что предложенное лечение направлено на улучшение зрительных функций за счёт повышения прозрачности оптических сред и достижения планируемого рефракционного, но не гарантирует ожидаемого результата по другим, независящим от этого причинам, как-то: дистрофические заболевания сетчатки и зрительного нерва и т.д.

9. Я информирован(а) о получаемых преимуществах послеоперационного качества зрения при имплантации мультифокальных ИОЛ и EDOF-ИОЛ, а также монофокальных торических ИОЛ. Я добровольно сделал(-а) выбор в пользу имплантируемой мне ИОЛ.

10. Я информирован(-а), что существуют другие медицинские учреждения, где мне может быть оказана медицинская помощь в лечении имеющегося у меня заболевания органов зрения, а также об альтернативных методах лечения: закапывание витаминных капель, проведение операции без имплантации интраокулярной линзы и в более поздние сроки.

11. Я понимаю, что ОсОО «Офтальмологический лазерный центр» не может дать точную информацию о том, кто именно будет выполнять операцию, однако мне гарантируется, что врач, выполняющий операцию, имеет соответствующую для этого квалификацию и опыт.

12. Я получил(а) от Врача рекомендации о соблюдении режима во время лечения и после него, предупрежден(а) о степени оперативного риска и согласился на предоперационную подготовку по предложенной ему схеме и даю согласие на предложенный вид обезболивания. Содержание указанных выше медицинских действий, связанные с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая нетрудоспособность, мне известны. Я хорошо понял(-а) все разъяснения Врача, все медицинские термины, используемые в настоящем согласии мне разъяснены и понятны.

13. Я даю согласие на предоставление сведений персонализированного характера и обработку моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество; пол, возраст; паспортные данные; место регистрации, почтовый адрес, домашний и мобильный телефоны; с целью формирования и использования электронных ресурсов ОсОО «Офтальмологический лазерный центр» и государственной системы здравоохранения. Передача и обработка персональных данных ограничена исключительно медицинскими целями, обусловлена исключительно технической необходимостью и осуществляется уполномоченными сотрудниками ОсОО «Офтальмологический лазерный центр» в соответствии с действующим законодательством Кыргызской Республики.

14. Я разрешаю моему Врачу делать фотографии и видеозаписи, связанные с моим лечебным процессом и использовать их в научных и образовательных целях.

15. Мне была предоставлена возможность задать вопросы Врачу о своем заболевании, о предложенном медицинском вмешательстве и возможных осложнениях после него. На все вопросы я получил исчерпывающие и понятные ответы и имел достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенную диагностику и лечение.

16. Назначенное время и продолжительность операции является ориентиром для пациента, но не является точным временем начала самой операции ввиду множества объективных факторов.

При подписании настоящего согласия я подтверждаю, что в дееспособности не ограничен, под опекой, попечительством, патронажем не состою, не нахожусь в состоянии наркотического, токсического, алкогольного опьянения, по состоянию здоровья могу осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, не страдаю заболеваниями, могущими препятствовать осознанию сути подписываемого согласия, а также подтверждаю, что не нахожусь под влиянием заблуждения, обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения или стечения тяжелых обстоятельств.

**Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно полностью мне понятно, и я согласен(а) с ним, что я и удостоверяю своей подписью.**

Подпись пациента (законного представителя):

---

(Ф.И.О.)

---

(подпись)