

## Информированное письменное добровольное согласие Пациента на оказание ему медицинских услуг и медицинское вмешательство

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 – Исполнитель) выполнять хирургическое лечение по поводу аномалии рефракции (близорукости, дальнозоркости, астигматизма):

- **Лазерный кератомилез, в т.ч. с использованием фемтосекундного лазера (LASIK/Femto LASIK), левого/правого/оба глаза;**
- **Фоторефракционная кератэктомия (ФПК) левого/правого/оба глаза.**
- **StreamLight™ T-PRK No-Touch/Одноэтапная трансэпителиальная ФПК левого/правого/оба глаза.**

Лечение проводится с использованием следующего оборудования: микрокератом Moria M3 OUP, лазеры: WaveLight EX500, WaveLight FS200.

2. Подписывая данный документ, я даю добровольное согласие на проведение необходимых для меня медицинских процедур.

3. Я знаю, 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.

4. Я даю согласие не осуществлять самостоятельный прием лекарственных препаратов без консультации, назначения и согласования с лечащим или дежурным врачом.

5. Мне разъяснено Врачом, и я осознал(а), что окончательный исход медицинского лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей моего организма и связанных с этих 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 обо всех возможных рисках, осложнениях и последствиях медицинского вмешательства, которые могут повлечь дополнительное лечение, в т.ч. хирургическое.

6. Я получил(а) от Врача необходимые разъяснения относительно патологии органа зрения и возможных методах коррекции аномалий рефракции, в том числе операциях LASIK/ Femto LASIK, ФПК, StreamLight™ других методах коррекции зрения, имеющихся у меня факторах риска и возможных результатах операций. Я информирован о том, что при достижении полной коррекции в результате полученного лечения в зрелом возрасте (начиная с возраста около 40 лет и позже) мне может потребоваться очковая коррекция для близи для оптической коррекции пресбиопии.

7. Я информирован(а) о прогнозе операции и о возможности недокоррекции, гиперкоррекции в результате операции, о возможном дополнительном этапе коррекции аномалии рефракции, необходимости дополнительной очковой коррекции вдаль и вблизи, что не является послеоперационным осложнением, и согласен(-на) на предоперационную подготовку по предложенной мне схеме.

8. Я получил(а) от Врача необходимые разъяснения относительно предложенной мне операции(й) (см. п.1 настоящего Согласия) и осознаю, что целью лазерных операций коррекции зрения является повышение остроты зрения вдаль без дополнительной очковой или контактной коррекции или уменьшение диоптрийности (оптической силы) оптической коррекции до переносимой или непостоянной потребной при аномалиях рефракции высокой степени и/или наличия других сопутствующих факторов (исходно тонкая роговица, пресбиопический возраст и т.д.). Я осознаю, что как в процессе операции, так и после неё возможны осложнения лечения, риск которых составляет менее 1% (например: помутнение роговицы; повышение внутриглазного давления; ослабление эффекта операции; послеоперационный кератит; развитие дистрофии роговицы, кератоконуса (кератэктазии), синдрома «сухого глаза»; смещение лоскута; потеря лоскута, врастание эпителия под лоскут/крышку, остатки не полностью экстрагированной линтикулы под крышкой; повышение чувствительности к ярким источникам света, появление ореолов — «галло», снижение сумеречного зрения и другие).

9. 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 с выбором хирургом другого, более оптимального в каждой конкретной клинической ситуации, с последующим информированием меня об этом, в случае неадекватного (неконтролируемого) моего поведения, невозможности корректной и адекватной установки контактного интерфейса/вакуумного кольца или его смещения в ходе самой процедуры, незавершённого или неправильного формирования лоскута/крышки/лентикулы роговицы, потеря/снижение фиксирующего вакуума в ходе выполнения самой процедуры; в случае технологической некорректности в работе аппаратуры, непосредственно используемой специалистами ОсОО «Офтальмологический лазерный центр» при 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.

10. Я понимаю, что в настоящий момент ОсОО «Офтальмологический лазерный центр» не может дать точную информацию о том, кто именно будет выполнять операцию, однако мне гарантируется, что это лицо имеет соответствующую для этого квалификацию и опыт.

11. До подписания настоящего согласия я был информирован о следующих вариантах лечения: ношение очков или контактных линз, проведение операции в более поздние сроки. Подбор вида и контроль за проведением лечения доверяю своему лечащему врачу и даю согласие на предложенную схему лечения, на все виды обследования и консультаций специалистов на платной основе, которые могут понадобиться в процессе лечения, а также на предложенный вид обезболивания.

12. 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 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.

14. 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. Также осознаю возможные риски и осложнения при проведении офтальмологического лечения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства.

15. Я даю согласие на предоставление сведений персонифицированного 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.

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

17. 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.

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):