

**Информированное письменное добровольное согласие
пациента на оказание ему медицинских услуг и медицинское вмешательство
(хирургическое лечение)**

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

1. Мне _____

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

разъяснены состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических, лечебных мероприятий. Настоящим согласием я доверяю медицинскому персоналу ОсОО «Офтальмологический лазерный центр» (далее-Клиника) выполнять – хирургическое лечение по поводу Витреоретинальной хирургии, а именно:

_____ левого/правого/оба глаза, которые проводится под / аналгоседацией/ внутривенным наркозом/ ларингальным наркозом (определяется врачом анестезиологом). Подписывая данный документ, я даю добровольное согласие на проведение необходимых для меня процедур.

2. 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.

3. Я информирован(а), что существуют другие медицинские учреждения, где мне может быть оказана медицинская помощь в лечении имеющегося у меня заболевания органа зрения, а также об альтернативных методах лечения. Осознаю возможные риски и осложнения при проведении офтальмологического лечения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;

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 обязуюсь поставить в известность лечащего врача и анестезиолога о всех проблемах со здоровьем, о наличии соматических, хронических, острых и аллергических заболеваниях или индивидуальной непереносимости лекарственных и диагностических средств, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах а также злоупотреблением алкоголем или наркотическими препаратами до и после медицинского вмешательства. Несу полную ответственность за сокрытие, умышленное искажение или предоставление недостоверных сведений, справок, заключений о своем здоровье;

6. Я информирован(а) о целях, объеме, характере предлагаемого лечения, о неблагоприятных эффектах лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время проведения лечения;

7. Я предупрежден(а) о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня глазным и общим заболеваниям;

8. Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарственных средств;

9. 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;

10. Я согласен(а) с тем, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне лечения, также во время операции и в процессе послеоперационного лечения, даже в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований;

11. 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;

12. Я проинформирован(а), что мне планируется парабульбарная или ретробульбарная инъекция. И предупрежден(а) о возможных осложнениях: ретробульбарная гематома, подкожная гематома век, орбиты, боли, ишемическая нейропатия и т.п.;

13. Я понимаю, что до проведения операции при непрозрачности оптических сред, не во всех случаях возможно диагностическими исследованиями установить наличие других заболеваний глубжележащих структур, которые могут оказать существенное влияние на остроту зрения после операции;

14. Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с хирургическим вмешательством по поводу глаукомы или заболеваний сетчатки и стекловидного тела, не исключена возможность помутнения моего хрусталика. Что может потребовать его удаления как во время основной операции, так и в любые сроки после нее;

15. Я доверяю Врачу подбор вида и контроль за проведением лечения и сознаю, что предложенное лечение направлено на улучшение зрительных функций, но не гарантирует его;

16. 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;

17. Содержание указанных выше медицинских вмешательств, 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;

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

19. Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка, установленного в клинике, и обязуюсь их соблюдать;

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, которые могут препятствовать осознанию сути подписываемого согласия, а также подтверждаю, что не нахожусь под влиянием заблуждения, обмана, насилия, угрозы, навязывания чьей-либо воли или мысли, 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)