ООО «ЮВТМЕДИЦИНА»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕНА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО – ИНТРАВИТРЕАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА

 Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

 (дата рождения гражданина либо законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», был добровольно госпитализирован для прохождения хирургического лечения офтальмологический дневной стационар клиники ООО «ЮВТМЕДИЦИНА», добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) оперативного вмешательства- интравитреального введения ингибитора ангиогенеза (A16.26.086.001) направленного на стабилизацию и улучшение зрительных функций.

 Я осведомлен, что оказание специализированной медицинской помощи будет осуществляться согласно порядку оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты" Приказ Минздрава России от 12.11.2012 N 902н

Подтверждаю, что я ознакомлен(-а) с характером предстоящей мне операции Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

Я проинформирован(а), что интравитреальное введения ингибитора ангиогенеза подразумевает под собой инъекцию препарата содержащего вещества – предотвращающие рост новообразованных сосудов в стекловидную полость глазного яблока, с целью подавить рост новообразованных хориокапилляров, вызывающих отек сетчатки и снижение зрительных функций

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ предупредил меня о возможных рисках и преимуществах данного метода лечения.

Я осведомлен(а) о том, что могу отказаться от прохождения лечения, в этом случае прогрессирование заболевания может привезти к снижению зрительных функций вплоть до полной их утраты, развитию осложнений в виде кровоизлияний, в сетчатку и стекловидное тело, с развитием гемофтальма, вторичной отслойкой сетчатки, неоваскулярной глаукомой и слепотой.

Врач-офтальмолог разъяснил мне, и я осознал(а), что 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 или во время него.

Врач-офтальмолог разъяснил мне, и я осознал, о необходимости строго придерживаться назначений и рекомендации врача в послеоперационном периоде о необходимости явок на осмотры.

Я осведомлен(а) о том, что хирургическое лечение заболевания может быть многоэтапным.

Я осведомлен(а) о том, что при необходимости может понадобиться дополнительное консервативное лечение и/или хирургическое вмешательство.

Я информирован(а) о наличии других клиник, а также других, альтернативных методов лечения. Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Я предупрежден(а), что противопоказаниями для проведения операции факоэмульсификация катаракты являются следующие случаи: обострение хронических болезней; Наличие в области век и глаз острого воспалительного процесса, острая сердечная недостаточность, обострение хронических психических заболеваний.

Мне разъяснено, что временно противопоказана операция факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ после острых респираторных заболеваний, гриппа, ангины, а также обострений хронических болезней уха, горла, носа (гайморит, синусит, отит и т.д.); гнойничковых заболеваний кожи; при наличии воспалительных заболеваний полости рта – кариеса, пародонтита, периостита и т.д.; при обострении хронических инфекций и при остром воспалении мочеполовой системы (уретриты, простатиты, аднекситы). А также при возникновении острых инфекционных заболеваний (Гепатиты, ВИЧ, Сифилис, Туберкулез и др.) до установления стойкой ремиссии или выздоровления.

Во всех перечисленных случаях необходимо лечение, операция возможна через 1 месяц после наступления ремиссии или выздоровления. (клинически подтвержденного).

Также я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность.

Хирургическое вмешательство временно вызовет некоторый дискомфорт в виде ощущения инородного тела, слезотечения, светобоязни, колющих или давящих болей в оперируемом глазу и окружающих тканях

Врач доступно разъяснил мне и я осознал(а), что имеются следующие возможные особенности и осложнения после операции: разрыв задней капсулы, отслоение десцеметовой оболочки, выпячивание или отслоение стекловидного тела, смещение хрусталика, непигментные преципитаты, роговичные эндотелиальные повреждения, высокое внутриглазное давление, отслойка сетчатки, отек сетчатки, мелкая передняя камера, выпадение радужки, временно повышение внутриглазного давления, вторичная катаракта, вторичная глаукома, геморрагический экспульс, воспаление внутренних оболочек глаза, нарушение кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва и др. О возможности низкого оптического эффекта операции из-за сопутствующей патологии сетчатки и зрительного нерва я информирован (если такие имеются).

Я извещен(а) о том, что все вышеперечисленное может привести к снижению и даже потере зрения в послеоперационном периоде, мне разъяснено, что, в связи с этим может потребоваться дополнительное хирургическое лечение.

Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(а) до и после операции неукоснительно

исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача.

Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных препаратов. В случае невыполнения пациентом рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для операции ООО «ЮВТМЕДИЦИНА» не несет ответственности за нежелательные последствия данного медицинского вмешательства.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я понимаю, что при изменении моего состояния или появлении новой информации о моем состоянии может появиться необходимость корректировки плана лечения для лучшего удовлетворения моих интересов, поэтому я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач и привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Мне разъяснены лечащим врачом следующие рекомендации по соблюдению послеоперационного режима: Противопоказана работа за компьютером и просмотр телевизора в первые 5-7 дней после оперативного вмешательства. Ограничение зрительных нагрузок, чтение письмо дольше 45 минут без перерыва.; физически не воздействовать на оперированный глаз – тереть его или нажимать; не поднимать тяжести; строго соблюдать врачебные назначения, и рекомендации по явкам в клинику; не пользоваться декоративной косметикой в течение 14 дне; не курить и не употреблять спиртные напитки.

В случае обострения хронических заболеваний в срочном порядке сообщить об этом врачу офтальмологу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а также своему лечащему профильному специалисту.

Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения при проведении операции и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Я согласен(а), что моим оперирующим хирургом будет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(ФИО лечащего врача)

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии

лечащего врача.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(или подпись его законного представителя) (дата)

Подпись врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)