

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОФТАЛЬМОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Я, пациент(ка) _____ (ФИО) или его законный представитель _____ (ФИО), желаю получить для себя (своего доверителя) офтальмологическую помощь в ООО "Северные медицинские технологии" по поводу имеющегося у меня (моего доверителя) заболевания глаз. Мне разъяснено врачом-офтальмологом(офтальмохирургом) и мной осознана следующая информация:

1. Имеющееся у меня заболевание глаз требует оперативного лечения (операции) _____.
2. Я получил(а) необходимую информацию относительно имеющегося у меня заболевания, предложенного мне лечения и возможного результата, возможных рисков при проведении операции.
3. Мне разъяснено врачом-офтальмологом(офтальмохирургом) и я осознал(а), что окончательный исход медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных (физиологических) особенностей моего организма и связанных с этим процессов заживления и не может быть спрогнозирован до начала лечения и/или во время его.
4. Мне разъяснено врачом-офтальмологом(офтальмохирургом) и я осознал(а), что после медицинского вмешательства (операции) могут быть осложнения, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде. Я предупрежден(а) о возможных осложнениях во время операции и в послеоперационном периоде. Основными осложнениями при проведении лечения, исходя из моего (доверителя) соматического состояния, являются: геморрагические, воспалительные, дистрофические, аллергические, некомпенсация внутриглазного давления.
5. Я понимаю, что невозможно оговорить каждое осложнение, которое может возникнуть при проведении и после операции, и поэтому, осложнения которые разъяснены мне врачом-офтальмологом (офтальмохирургом), не представляют собой полный и исчерпывающий их перечень.
6. Мне разъяснено, и я осознал(а), что возможно, ожидаемый мной результат лечения, может быть не достигнут, что может потребоваться дальнейшее лечение с целью достижения возможно лучшего зрения.
7. Я осознаю, что для получения лучших результатов я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации лечащего врача ООО "Северные медицинские технологии". Я согласен(а), что при необходимости буду являться в клинику для проведения контрольных проверок и лечения.
8. Я даю свое согласие на проведение всех необходимых видов обследования и консультаций специалистов, которые могут понадобиться в процессе лечения. При проведении предоперационного обследования обязуюсь поставить в известность врача-офтальмолога и врача анестезиолога-реаниматолога обо всех имеющихся у меня (доверителя) заболеваниях и лекарственной непереносимости.
9. Я даю согласие на проведение операции под анестезией (наркозом) и на возможность изменения вида анестезиологического пособия в зависимости от складывающейся операционной ситуации. О степени анестезиологического риска предупрежден(а).
10. Я информирован(а), что существуют другие больницы, где мне может быть оказана медицинская помощь в лечении заболевания глаз, имеющегося у меня.

При подписании данного информационного соглашения, последнее мною прочитано, и я полностью понимаю его, понимаю возможные риски и осложнения при проведении офтальмохирургического лечения, и преимущества, которые могут быть результатом этого медицинского вмешательства. Решение подвергнуться этой операции является моим собственным, и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

Подпись пациента (представителя) _____

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме врача-офтальмолога после проведения разъяснительной беседы.

Я, врач _____ считаю, что пациент полученную полную и подробную информацию об особенностях хирургического лечения осознал и полностью отдает себе отчет о имеющих место рисках и возможных последствиях офтальмохирургического лечения и анестезиологического пособия.

Врач-офтальмолог (офтальмохирург) _____ /ФИО/
дата