

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной помощи по офтальмологии (стандартное офтальмологическое обследование и дополнительные методы обследования).**

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О), «\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О)  
Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем ребенка (лица, признанного недееспособным) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., год рождения)

Даю информированное добровольное согласие на проведение стандартного офтальмологического обследования с консультацией врача офтальмолога, а так же на проведение дополнительных методов обследования, в том числе, виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. №390н, для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в **ООО Медицинский офтальмологический центр «Мой Взгляд».**

Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в стандартное офтальмологическое обследование, а именно: определение остроты зрения с тестами на гетерофорию и бинокулярное зрение, авторефрактометрия, биомикроскопия, тонометрия внутриглазного давления, офтальмоскопия диагностическими линзами. Мне разъяснено, что для уточнения диагноза и правильного выбора тактики лечения врачом офтальмологом ООО Медицинского офтальмологического центра «Мой взгляд» рекомендовано проведение одного или нескольких дополнительных методов обследования, а именно:

- Компьютерная периметрия, цветометрия, глаукома-тест
- Оптическая когерентная томография роговицы
- Оптическая когерентная томография сетчатки
- Оптическая когерентная томография диска зрительного нерва
- Исследование глазного дна на фундус-камере
- Флюоресцентная ангиография сетчатки (ФАГ)
- Консультация лазерного офтальмохирурга после стандартного диагностического обследования
- Гониоскопия
- УЗИ глазного яблока
- Лазерная биометрия глаз
- Авторефрактометрия Plus Optix
- Аккомодография
- Определение порога электрической чувствительности (ЭЧ) и электрической лабильности (ЭЛ) зрительных нервов.

Мне разъяснена необходимость дополнительного обследования для назначения качественного лечения, показания и возможные побочные эффекты (осложнения в результате проведения дополнительных методов).

До моего сведения доведено, что при направлении на один или более методов обследования врачом офтальмологом другого медицинского учреждения, я обязан предоставить заключение (направление) врача с указанием диагноза и рекомендуемого обследования.

Со мною согласован и одобрен предложенный мне план обследования и лечения, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и в данных обстоятельствах, также необходимые диагностические исследования, врачебные процедуры и манипуляции (прием таблетированных препаратов, инъекций, применение анестезии при осуществлении медицинского вмешательства). Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о выборе метода лечения.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана обследования и лечения (в связи с необходимостью проведения дополнительных врачебных процедур, которые невозможно в полной мере предвидеть заранее), а как следствие изменение сроков продолжительности лечения, а также стоимости медицинских услуг.

В случае не достижения положительного результата вследствие прогрессирования заболевания может потребоваться повторное лечение, лазерное пособие.

### **БЕСКОНТАКТНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ:**

- опрос, выявление жалоб и сбор анамнеза
- определение остроты зрения,
- рефрактометрия,
- пупиллометрия,
- измерение внутриглазного давления (пневмотонометрия)
- бесконтактная биометрия
- подбор очков
- определение поля зрения,
- оптическая когерентная томография,
- биомикроскопия
- прямая и непрямая офтальмоскопия с помощью бесконтактной линзы
- обследование на фундус-камере,
- обследование глазного дна на мидриаза (расширении зрачков) и циклоплегии (расслаблении аккомодационной мышцы). Мидриаз и циклоплегия сохраняются индивидуально в течение 2-12 часов. У особо чувствительных пациентов легкий мидриаз и циклоплегия могут сохраняться значительно дольше (до 12-24 часов). При этих явлениях может быть затруднена работа на близком расстоянии.

### **КОНТАКТНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ:**

- измерение внутриглазного давления по Маклакову
- измерение внутриглазного давления тонометром Icare
- ультразвуковое офтальмосканирование (В-сканирование)
- осмотр глазного дна и гониоскопия с линзой Гольдмана
- обследование на фундус-камере в режиме флюоресцентной ангиографии

Контактные методы исследования могут вызвать:

- эрозию роговицы
- аллергические реакции на используемые препараты
- субконъюнктивальное кровоизлияние
- конъюнктивит.

Я осведомлена, что контактные методы обследования проводятся под местной анестезией, которая может привести к аллергическим реакциям. Мне объяснено, что антибиотики и медицинские препараты, назначенные в ходе лечения, могут вызвать аллергические реакции и иные побочные действия. Я согласен (согласна) на применение, во время обследования и диагностических манипуляций в ООО «Медицинский офтальмологический центр Мой взгляд», нижеуказанных лекарственных препаратов:

1. Для расширения зрачка с диагностической и лечебной целью (осмотр глазного дна на мидриаза) используется **Цикломед** (циклопентолат 1% 5,0 мл), **Мидримакс** (Тропикамид 1,0 мг, фенилэфринагидрохлорид-8.0мг) -5,0 мл – у взрослых; у новорожденных детей и детей до 6 лет – **Тропикамид 0,5 %- 10,0 мл.**
2. Для местной анестезии при различных медицинских манипуляциях применяется **Инокаин 0,4% (оксибупрокаин)**
3. Для промывания конъюнктивальной полости (в том числе после использования контактных диагностических линз) используются препараты у взрослых – **ципролет (ципрофлоксацин) 0,3%,** у детей – **Витабакт ( пиклоксидин) 0,05 %- 10,0 мл.**
4. После использования контактных диагностических линз, после удаления инородного тела роговицы, конъюнктивы используются корнеопротекторы – **Корнерегель** (глазной гель).
5. Для купирования приступа глаукомы:
  - **пилокарпин 1%** (глазные капли)
  - **арутимол 0,5%** (глазные капли)
  - **диакарб** в таблетках

Я соглашаюсь с тем, что периметрию и тонометрию по методу Маклакова, а также выполнение аппаратного лечения в кабинете охраны зрения, инъекции внутривенные, внутривенные капельные, внутримышечные, промывание слезных путей, массаж век, эпиляция ресниц для диагностики клеща demodex осуществляется медицинской сестрой ООО «Медицинский офтальмологический центр Мой взгляд».

Мне разъяснено, что выполнение парабульбарных, ретробульбарных, субконъюнктивальных инъекций, инъекций в халязион осуществляется врачом офтальмологом ООО «Медицинский офтальмологический центр Мой взгляд». Я осведомлен, что вследствие любой инъекции возможны внутрикожные, подкожные гематомы, а вследствие инъекции под конъюнктиву – субконъюнктивные кровоизлияния.

Я согласен (согласна) на проведение фото- и видеосъемки во время лечения и использование их без указания моего имени и фамилии.

**Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.**

**Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути предстоящего лечения.**

**Я получил исчерпывающие ответы и разъяснения.**

**Я добросовестно предоставил врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (наличие аллергии, лекарственной непереносимости, хронических инфекционных заболеваний, других патологических состояний).**

Я внимательно ознакомился(ась) с данными документами, имеющим юридическую силу являющимся неотъемлемой частью договора на оказании платных офтальмологических услуг.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Я даю (не даю) согласие на проведение офтальмологического обследования (нужное подчеркнуть)

«\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_г.

√ \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

С информированным добровольным согласием на офтальмологическое обследование пациента я ознакомлен (ознакомлена) до начала лечения

√ \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_г.