Медичний центр 69050, м. Запоріжжя, вул. Космічна ,114

ТОВ „ВІЗУС” тел. (061)219-04-40, [www.visus.ua](http://www.visus.ua)

 ***Продовження форми первинної облікової документації № 003-6/о***

Додаток № 1 до Договору № \_\_\_\_

„ \_\_\_\_\_ „ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ р. м. Запоріжжя

**Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики лікування, операції і знеболення та ознайомлення пацієнта з правилами та методами виконання операції**

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(П.І.Б. Пацієнта та / або законного представника неповнолітнього Пацієнта)

підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене повну інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про (наявність/відсутність) у мене (моєї дитини) супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування.

В процесі обговорювання з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

виконання якої планується під знеболенням.

 Я ознайомлений(а) з правилами та методами, що будуть застосовані при проведенні операції.

 Я поінформований (а) про можливість ускладнень в процесі проведення операції та післяопераційний період а саме: ризику виникнення експульсивної кровотечі з великих судин ока, відшарування сітківки, неконтрольованого підвищення внутришньоочного тиску, післяопераційного увеіту, алергічних реакцій на медикаменти. Я попереджений про можливість інфекційних ускладнень у післяопераційний період,

 Остаточне рішення в виборі модифікації ІОЛ, або відмова від імплантації залишається за хірургом і визначається під час операції.

 Я поінформований(а) про необхідність користування окулярами після операції, та про можливість неповної гостроти зору у зв’язку з можливими змінами на очному дні.

 Я поінформований(а) про можливий розвиток вторинної катаракти, що знижує гостроту зору, та потребує оперативного втручання. Я поінформований(а) про те, що зір обох очей після операції буде відрізнятись.

 Я усвідомлюю, що операція та знеболення - це складні медичні втручання під час яких можуть виникнути непередбачувані обставини внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть буди визначені під час операції.

 Інформацію надав лікар

 який лікує, або буде оперувати

 мене (мою дитину)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (П.І.Б. лікаря ) (підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції, які мені (моїй дитині) запропоновано, та про можливі її наслідки . У мене немає недовіри щодо інформації яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час для обміркування. Даю згоду на операцію і доручаю виконати її лікарю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що підтверджую своїм підписом.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_р.

 (підпис пацієнта)