

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство, операцию

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст.30,31,32,33 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ, 1993 35487-1, ред. от 07.03.2005)

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

врачом _____ даны подробные разъяснения:

- по поводу моего (пациента) диагноза, особенности течения заболевания; по плану обследования и его цели;

о возможных вариантах медицинского вмешательства, его цели, вероятной продолжительности лечения, прогнозе (вероятности успешного исхода лечения и исхода при отказе от лечения);

о рисках диагностических методов обследования, анестезиологического пособия и хирургических вмешательств по поводу того, что, несмотря на соблюдение технологии, нельзя исключить возможность операционных и послеоперационных осложнений, связанных с факторами риска как со стороны органа зрения (предшествующие хирургические вмешательства, в том числе с осложнениями; индивидуальная реакция; развитая стадия заболевания; наличие осложнений от позднего обращения; сопутствующее заболевание на глазу: миопия, глаукома, болезнь роговицы или сетчатки и др.), так и с факторами риска общих заболеваний (например, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, психоневрологические, гематологические и иммунные заболевания и т.п.), а также употреблением алкоголя, курением и др.; что наличие факторов риска может в ходе выполнения операции изменить ранее намеченный план, увеличить сроки лечения или потребовать проведения дополнительной операции; что для уменьшения риска осложнений, я обязан(а) сообщить анестезиологу и хирургу все сведения о наличии у меня непереносимости или аллергической реакции на какие-либо препараты, о ранее проведенных мне процедурах или вмешательствах в организм, травмах, а также о наличии у меня установленных заболеваний или индивидуальных реакциях и особенностях, которые могут повлиять на процесс лечения, а также сведения о принимаемых мною медикаментах; что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии оперированного глаза и общего здоровья. Меня предупредили о необходимости соблюдения режима в стационаре, регулярного приема назначенных лечащим врачом препаратов и выполнения процедур, а также и согласования приема в период лечения любых, не прописанных им препаратов, сообщения врачу о любом ухудшении самочувствия или состояния оперированного глаза; • о необходимости после выписки продолжить выполнение назначений, которые будут указаны в моей выписной справке, с обязательным контролем лечения врачом территориальной поликлиники или, по назначению, врачом

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы по поводу моего заболевания, его диагностики, методов и прогнозе лечения. Я получил(а) на них удовлетворительные ответы. Я доверяю врачу _____ принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения моего здоровья и (или) для уменьшения риска осложнений. Я разрешаю врачу _____ и его коллегам делать фотографии, слайды, видеозаписи и иные документы, связанные с моим обследованием или лечением, и использовать их для научных и образовательных целей. Информирование о факте моего обращения, моем диагнозе, состоянии здоровья разрешаю, не разрешаю (ненужное - зачеркнуть). Содержание настоящего документа мною (мне) прочитано, разъяснено мне врачом _____, полностью понятно мне. С проведением мне в _____ (организация) любых диагностических обследований по поводу моего заболевания и, при необходимости, лабораторных исследований соглашаюсь:

Прошу выполнить мне операцию:

1. Перечень

подпись пациента _____

Дата _____

фамилия и подпись врача _____

В случае невозможности подписания документа пациентом вследствие его состояния или несовершеннолетия - расписывается его законный представитель.