

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения
первичной медико-санитарной помощи по офтальмологии**

(Стандартное офтальмологическое обследование и дополнительные методы обследования у детей).

Я, _____ «___»

_____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

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 «Взгляд»(ЛЦ)«Очкофф»**

Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в стандартное офтальмологическое обследование у детей, а именно: определение остроты зрения с тестами на гетерофорию и бинокулярное зрение, авторефрактометрия, циклоплегия, офтальмоскопия.

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. 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.

Я ознакомлен с перечнем контактных и бесконтактных методов обследования в офтальмологии:

БЕСКОНТАКТНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ:

- опрос, выявление жалоб и сбор анамнеза
- определение остроты зрения,
- рефрактометрия,
- пупиллометрия,
- измерение внутриглазного давления (пневмотонометрия)
- подбор очков
- определение поля зрения,
- биомикроскопия
- прямая и непрямая офтальмоскопия с помощью бесконтактного тонометра
- 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
- осмотр глазного дна и гониоскопия с линзой Гольдмана

Контактные методы исследования могут вызвать:

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

Я осведомлен(а), 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 «Взгляд»(ЛЦ «Очкофф»), нижеуказанных лекарственных препаратов:

1. Для расширения зрачка с диагностической и лечебной целью (осмотр глазного дна на мидриаза) используется:

- **Цикломед** (циклопентолат 1% 5,0 мл) – у взрослых;
- **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 т ч после использования контактных диагностических линз) используются препараты у взрослых **Ципролет** (циклофлораксацин 0,3%, у детей **Витабакт** (пиклоксидин) 0,05% -10,0мл

4. После использования контактных диагностических линз, после удаления инородного тела роговицы, конъюнктивы используются корнеопротекторы- **Корнерегель** (глазной гель).

Я соглашаюсь с тем, что периметрию и тонометрию по методу Маклакова, а также выполнение аппаратного лечения в кабинете охраны зрения, промывание слезных путей, массаж век, эпиляция ресниц для диагностики клеща demodex осуществляется медицинской сестрой или врачом ООО «Взгляд».

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, др. 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)

« ___ » _____ 2023 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)

« ___ » _____ 2016 г.