

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

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 «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. Мне разъяснено, что для уточнения диагноза и правильного выбора тактики лечения врачом офтальмологом ООО «Взгляд»(ЛЦ«Очкофф») может быть рекомендовано проведение одного или нескольких дополнительных методов обследования.

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.

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,
- пуриллометрия,
- 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 мидриазе (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 ИЗГД
- 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 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», нижеуказанных лекарственных препаратов:

1. Для расширения зрачка с диагностической и лечебной целью (осмотр глазного дна на мидриазе) используется
 - **Циклопентолат 1%**(цикломед 1%, циклоптик) –с 3 мес. возраста (у детей младше 3 мес. оправдано только в исключительных случаях при необходимости детально обследовать глаза);
 - **Мидримакс** (Тропикамид 1,0 мг, фенилэфринагидрохлорид 8.0мг) -5,0 мл – с 12 лет;
 - у новорожденных детей и детей до 6 лет – **Тропикамид 0,5 %- 10,0 мл с осторожностью**)
2. Для местной анестезии при различных медицинских манипуляциях применяется **Лидокаин 2%**
3. Для промывания конъюнктивальной полости (в том числе после использования контактных диагностических линз) используются препараты у взрослых – **ципрофлоксацин 0,3%**, у детей – **Витабакт, Бактавит** (пиклоксидин) 0,05 %- 10,0 мл.
4. После удаления инородного тела роговицы, конъюнктивы используется мазь **Эритромициновая 1% глазная**.
5. Для купирования приступа глаукомы:
 - **пилокарпин 1%** (глазные капли)
 - **диакارب** в таблетках

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 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 и являющимися 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)

« ___ » _____ 2022 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)

« ___ » _____ 2022 г.