

**Приложение к информированному добровольному согласию
на проведение медицинских манипуляций (исследований, процедур, иных вмешательств), касающееся проведения
фистулизирующей операции по поводу глаукомы.**

Я, _____ Тестов Тест Тестович
(Фамилия, Имя, Отчество пациента (законного представителя пациента))

соглашаюсь на проведение мне (представляемому)

_____ (Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения представляемого)

операции по поводу глаукомы.

Я уведомлен(а) врачом о том, что глаукома — хроническое заболевание глаз, сопровождающееся триадой признаков: постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления (в дальнейшем ВГД); характерными изменениями поля зрения; прогрессирующей атрофией зрительного нерва. Снижение ВГД является одним из механизмов стабилизации глаукоматозного процесса. Снижение ВГД можно получить с помощью медикаментов, лазерной хирургии и полостной хирургии. При отсутствии необходимого эффекта медикаментозной терапии и нецелесообразности или неэффективности лазерной или непроникающей полостной хирургии возможно назначение фистулизирующей (проникающей) операции.

Суть операции состоит в формировании дополнительного пути оттока внутриглазной жидкости из глаза с проникновением в полость глазного яблока. Целью операции является снижение ВГД, как одного из факторов риска прогрессии глаукомного процесса. Улучшение зрения не является целью операции, так как потеря зрения при глаукомном процессе обусловлена прогрессирующей атрофией волокон зрительного нерва и не подлежит восстановлению. Однако нет гарантии, что ВГД в результате операции достигнет индивидуальной нормы. Возможно, что для его достижения понадобится назначение гипотензивных препаратов или других дополнительных процедур (второй этап хирургического лечения).

Я (законный представитель) предупрежден(а), что несмотря на проведенную операцию, возможно ухудшение зрения в результате прогрессирования глаукомного процесса.

Возможные осложнения.

Не все вероятные осложнения перечислены в данном документе, но приведенные ниже являются примером рисков, связанных с операцией по поводу глаукомы

- повышение ВГД
- патологическое скопление жидкости между оболочками глаза
- инфекционно-воспалительный процесс в раннем и позднем послеоперационном периоде
- кровотечение или кровоизлияние в глаз
- появление или прогрессирование катаракты
- невозможность достичь индивидуальной нормы ВГД приводящая к необходимости второй операции
- расхождение швов
- избыточная фильтрация внутриглазной жидкости

Я уведомлен(а) о том, что нельзя исключить возможность операционных и послеоперационных осложнений, в том числе связанных с факторами риска общих заболеваний: сахарный диабет, ревматизм, гипертоническая болезнь, психоневрологическая патология, иммунологические, гематологические, аллергические и иные заболевания.

Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, касающиеся содержания настоящего документа. Я получил(а) на них исчерпывающие ответы.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом и полностью мне понятно.

Подпись Пациента/ _____
законного представителя пациента

Тестов Т.Т. _____
Фамилия (полностью), И.О.

Подпись Врача _____

_____ _____
Фамилия (полностью), И.О.

Дата «08» марта 2026 г. _____