

**ИН ФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО – УДАЛЕНИЕ ХАЛЯЗИОНА**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона РФ от 21.11. 2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

1. Я _____ Тестов Тест Тестович
(Ф.И.О. пациента/законного представителя Пациента)

являющийся Пациентом/законным представителем Пациента

настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) врачом о предстоящем оперативном вмешательстве- **удаление халязиона(ов)**
_____ **век (а)** _____ **глаз/а.** (нужное указать)

выполнение которого обусловлено имеющимся заболеванием: **халязионом** _____ **век(а)** _____ **глаз/а.**

2. **Суть оперативного вмешательства** заключается в хирургическом иссечении /лазерной деструкции халязиона с помощью специальных инструментов.

3. **Ожидаемые результаты:** купирование локального воспаления в толще века, вызванного халязионом, прекращение раздражения глаза.

4. **Возможные негативные последствия (осложнения):**

- кровотечение в послеоперационном периоде;
- воспаление в области послеоперационной раны (при неадекватном уходе за ней);
- небольшой отек мягких тканей вокруг глаза;
- инфекционные осложнения при несоблюдении правил антисептики и режима закапывания антибактериальных средств в послеоперационном периоде;
- отсутствие ресниц (некоторые ресницы могут не вырасти вновь).

5. **Мне разъяснены** состояние моего/(пациента) здоровья и характер необходимого медицинского вмешательства. Содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача.

6. Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы.

7. Настоящим я уполномочиваю медперсонал ООО "КЛИНИКА КРИСТАЛЛ" провести мне оперативное вмешательство: **удаление халязиона (ов)** _____ **век(а)** _____ **глаз/а.**

8. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

9. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания (здоровья), результаты исследования или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Подпись пациента или его законного
представителя: _____
ФИО _____
Дата « ____ » _____ 202__ г.

Подпись врача: _____
ФИО _____
Дата « ____ » _____ 202__ г.