

**Приложение к информированному добровольному согласию
на проведение медицинских манипуляций (исследований, процедур, иных вмешательств), касающееся проведения
операции по поводу новообразования век и конъюнктивы.**

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 новообразований век и конъюнктивы.

Я уведомлен(а) врачом о том, что новообразования век и конъюнктивы - доброкачественные новообразования — результат аномального роста клеток в определенной части глаза. Доброкачественные новообразования не опасны для жизни и не являются раковыми, в большинстве случаев прогноз благоприятен. Злокачественные опухоли конъюнктивы способны к прорастанию окружающих тканей и метастазированию.

Причинами новообразований век и конъюнктивы глаза могут быть воспалительные процессы, врожденные нарушения глаза, длительное использование сильнодействующих глазных лекарственных средств, дегенеративные и паразитарные процессы. При быстром росте новообразований век и конъюнктивы показано оперативное вмешательство. Хирургическое удаление кисты глаза проводится амбулаторно (с применением местной анестезии). После проведения операции чаще всего не возникает никаких осложнений, однако в индивидуальных случаях рецидивы вероятны.

Возможные осложнения.

Не все вероятные осложнения перечислены в данном документе, но приведенные ниже являются примером рисков, связанных с операцией по поводу новообразований век и конъюнктивы:

- инфекционно - воспалительный процесс в раннем и позднем послеоперационном периоде;
- кровотечение или кровоизлияние;
- расхождение швов;
- аллергическая реакция;
- помутнение роговицы.

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.