

**Приложение к информированному добровольному согласию  
на проведение операции лазерная дисцизия задней капсулы хрусталика.**

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

соглашаюсь на проведение мне (представляемому)

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения представляемого)

**лазерной дисцизии задней капсулы хрусталика.**

После операции по поводу катаракты с имплантацией искусственной интраокулярной линзы (ИОЛ) задняя капсула хрусталика остается на своем месте для поддержания ИОЛ. Эта капсула может помутнеть, вызывая ухудшение зрения. Для рассечения помутневшей задней капсулы используется YAG-лазер, с помощью которого в задней капсуле формируется прозрачное «окошко», через которое свет попадает на сетчатку.

Врачом мне РАЗЪЯСНЕНЫ:

Цель проведения медицинского вмешательства: лазерное рассечение или иссечение фиброзной задней капсулы, расположенной за искусственным хрусталиком, ухудшающее зрение.

Метод проведения медицинского вмешательства: оперативное вмешательство проводится в положении сидя, после проведения инстилляционной анестезии устанавливается на глазную поверхность специальная контактная линза, во время лазерного лечения ощущаются яркие вспышки с незначительными покалываниями в глазу, незначительное ухудшение зрения после лечения, которое восстанавливается в течение 1-2 часов.

Возможные риски, связанные с медицинским вмешательством: аллергическая реакция на препараты, повреждение эпителия роговицы, разрывы и отслойки сетчатки, небольшие кровоизлияние из сосудов глаза, плавающие помутнения в стекловидном теле, кратковременное повышение внутриглазного давления.

Возможные варианты медицинского вмешательства: хирургическое лечение, операция под наркозом, по показаниям.

Предполагаемые результаты медицинского вмешательства: повышение остроты зрения, которая была получена после хирургии катаракты, сохраняются остаточные плавающие помутнения.

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.