

**Приложение к информированному добровольному согласию
на проведение медицинских манипуляций (исследований, процедур, иных вмешательств), касающееся проведения
лазерного кератомилёза IN-SITU (LASIK).**

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

соглашаюсь на проведение мне (представляемому) _____,
(Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения представляемого)

лазерного кератомилёза IN-SITU (LASIK).

ВВЕДЕНИЕ

LASIK является процедурой добровольного выбора и относится к разряду косметических операций. Нет никаких обязательных медицинских показаний либо иных причин, настоятельно требующих ее проведения. Вы можете продолжать носить очки или контактные линзы, достигая тем самым необходимой остроты зрения. Эти процедуры, как и все хирургические операции, сопряжены с определенными рисками, многие из которых перечислены ниже. Вы также должны понимать, что могут присутствовать и иные риски, неизвестные Вашему лечащему врачу, которые могут стать известными позднее. Несмотря на самый лучший уход, могут возникнуть осложнения и побочные эффекты. Если это произошло в Вашем случае, то они могут повлиять на результат операции, ухудшив Ваше зрение.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Давая свое согласие на проведение LASIK, я понимаю, что с данной процедурой связаны нижеперечисленные риски и осложнения:

Интра- и послеоперационные побочные эффекты и осложнения:

1. Микрокератом или эксимерный лазер могут выйти из строя, тем самым требуя прерывания операции до ее завершения.

2. В раннем послеоперационном периоде Вы можете ощущать в глазу присутствие инородного тела, боль, дискомфорт, непереносимость яркого света, размытое зрение, сухость глаз, слезотечение или световые аберрации.

3. После рефракционной хирургии некоторые пациенты видят радужные ореолы или искры вокруг источников света либо испытывают трудности со зрением в условиях слабого освещения, что может существенно затруднить управление автомобилем ночью либо в сумерки. Пациент не должен водить машину, пока его зрение не восстановится. Для большинства пациентов это является состоянием, которое со временем проходит, либо исчезает при ношении очков в темное время суток или при использовании глазных капель.

4. Роговичные инфекции, следующие за LASIK, весьма редки. Но в самых серьезных случаях они могут вызвать изъязвление роговицы и потребовать ее трансплантации.

5. Воспаление роговицы может быть вызвано применением медикаментов или восстановительными реакциями, аллергическими, токсическими или иммунными по своей природе.

6. Синдром «сухого глаза». Может быть временными, а в редких случаях — постоянными, требуя дополнительного лечения.

7. Кератоконус (1:2000) – это дегенеративное заболевание роговицы. В ходе предоперационного обследования проводятся специальные тесты (кератотопография и пахиметрия), предназначенные для выявления пациентов из группы риска. Однако кератоконус может развиваться совершенно неожиданно, на сегодняшний день нет абсолютно достоверных тестов, показывающих, что пациент не пострадает от него после лазерной операции. Существует терапевтический метод лечения кератоконуса с высокой степенью эффективности – кросслинкинг коллагена роговицы. При далеко зашедшей стадии может потребоваться трансплантация роговицы.

8. Отслойка сетчатки. Не является прямым осложнением. Это результат дистрофических изменений периферии сетчатки. Требуется операции. Требуется постоянный контроль состояния сетчатки (не менее 1 раза в год) и лазерное укрепление сетчатки, при необходимости.

Осложнения рефракции

1. Анизометропия – это разница между силой зрения глаз. Наиболее ярко она проявляется, когда лечению подвергается лишь один глаз, и может приводить к потере глубины резкости, напряжению глаза, головной боли, двоению в глазах, необходимости ношения контактных линз

2. В зависимости от степени заболевания или расстройства зрения, особенностей восстановления здоровья пациента и прочих факторов может наступить регресс в результатах коррекции, что приводит к полному либо частичному возвращению зрения к прежнему состоянию. Дальнейшее лечение глаза может проводиться, только если состояние глаза стабилизировалось, толщина роговичного слоя позволяет проводить вмешательство и нет прочих медицинских противопоказаний.

3. Послеоперационный астигматизм. При неправильной фиксации метки пациентом в ходе операции. Возможно снижение зрения. Возможна повторная коррекция (докоррекция) через 3–6 мес.

_____/_____
Тестов Т.Т.
Подпись / Фамилия И.О. пациента
(законного представителя)

4. Операция LASIK может привести к недостаточной или чрезмерной коррекции зрения. Подобные состояния могут потребовать ношения очков или контактных линз либо проведения повторной операции.

Осложнения флэпа

1. Смещение и/или смятие флэпа. Частичное или полное смещение флэпа может произойти как во время операции, в послеоперационный период, так и спустя дни и даже недели после операции. Это возникает в результате какой-либо травмы. Необходимо беречь оперированный глаз от травм, нельзя тереть или с усилием закрывать его в течение первой недели после процедуры LASIK. Частичное смещение флэпа может смять его и привести к появлению роговичных полос, которые вызывают помутнение зрения. Любое смещение флэпа требует немедленного восстановления его положения в условиях операционной. Полное смещение флэпа чревато высоким риском врастания эпителия и развития инфекции.

3. Вращение эпителия происходит тогда, когда поверхностные клетки эпителия делятся и растут под флэпом в течение периода лечения ~~его надрезов~~. Вращение эпителия возникает в первые месяцы после процедуры LASIK и чаще встречается у пациентов с ослабленной или отклоняющейся от нормы функцией защитного слоя. Вращение эпителия возникает обычно из-за травмы или разрыва эпителия. Лечение вращающегося эпителия заключается в поднятии флэпа и удалении клеток эпителия в условиях операционной.

4. Самым редким, но серьезным осложнением флэпа является перфорация роговицы, требующая наложения швов.

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕСБИОПИЕЙ, нуждающихся в отдельных рекомендациях относительно чтения.

Мой врач объяснил мне возможность выбора моновизионного режима зрения.

Подпись Пациента/
законного представителя пациента _____

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

ТОЛЬКО ДЛЯ ЖЕНЩИН.

Я не беременна и не кормлю грудью. Я понимаю, что беременность может неблагоприятно повлиять на результат моего лечения.

Подпись Пациента/
законного представителя пациента _____

Фамилия (полностью), И.О. _____

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.