

ИН ФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство – хирургическое удаление доброкачественного новообразования кожи век, конъюнктивы, слезного мясца

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 – **хирургическом удалении доброкачественного новообразования кожи век / конъюнктивы / слезного мясца** выполнение которого обусловлено имеющимся заболеванием: новообразования кожи век / конъюнктивы _____ век/а, слезного мясца, _____ глаз/а.

Я поставил/а в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим/пациента здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/пациента во время жизнедеятельности и принимаемых лекарственных средств.

Врач сообщил мне, что противопоказаниями для проведения настоящего оперативного вмешательства являются: острые местные и общие воспалительные процессы.

2. **Суть оперативного вмешательства** заключается в хирургическом иссечении новообразований придаточного аппарата глазного яблока с возможным последующим наложением швов (по показаниям), хирургическое вмешательство проводится под местной анестезией.

Мне разъяснены основные этапы лечения. Я понял(а) в чем его смысл и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

3. **Ожидаемые результаты:** удаление доброкачественного новообразования кожи век, конъюнктивы _____ век/а, слезного мясца _____ глаз/а

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

- кровотечение в послеоперационном периоде;
- инфекционные процессы в области послеоперационной раны (при неадекватном уходе за ней, при несоблюдении правил антисептики);
- небольшой отек, гематома мягких тканей вокруг глаза;
- неполное удаление новообразования;
- неблагоприятное формирование послеоперационного рубца, что может быть связано с особенностью моего организма;
- неудовлетворительные эстетические результаты;
- болезненности отдельных зон в раннем послеоперационном периоде;
- расхождения швов;
- изменения цвета кожи;
- аллергические реакции.

Я информирован (а), что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

5. **Мне разъяснены** состояние моего/(пациента) здоровья и характер необходимого оперативного вмешательства.

6. **Мне разъяснены** возможные последствия, связанные с отказом от необходимого оперативного вмешательства **Хирургического удаление доброкачественного новообразования кожи век / конъюнктивы / слезного мясца**- сохранение новообразования, увеличение размера и количества новообразований, усиление жалоб.

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

8. **Настоящим я уполномочиваю** медицинский персонал ООО "КЛИНИКА КРИСТАЛЛ" Управления делами Президента РФ провести мне/пациенту оперативное вмешательство - **хирургическое удаление доброкачественного новообразования кожи век / конъюнктивы** _____ век/а, слезного мясца _____ глаз/а.

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

10. 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 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.