

**Приложение к информированному добровольному согласию
на проведение медицинских манипуляций (исследований, процедур, иных вмешательств), касающееся лечения по
программе коррекции зрения ортокератологическими линзами**

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

прошу провести _____
(Фамилия, Имя, Отчество пациента полностью)

все необходимые диагностические исследования и необходимые медицинские вмешательства с целью **коррекции зрения ортокератологическими линзами**

Я проинформирован(а), что для диагностики и лечения может понадобиться проведение поверхностной местной анестезии. Местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная анестезия проводится путем орошения слизистой оболочки анестетиком с целью обеспечения эффекта обезболивания. Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства, прогрессирование заболевания, появление болевых ощущений. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания.

Мне разъяснено, что применение поверхностной местной анестезии, а также лекарственных средств с диагностической и лечебной целью, может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты различной степени тяжести (раздражение слизистой оболочки глаза, покраснение и т.п.).

Мне даны подробные разъяснения по поводу того, что:

- несмотря на соблюдение технологии, нельзя исключить возможность осложнений при проведении диагностических и лечебных мероприятий, связанных с факторами риска, как со стороны обследуемого органа или системы, так и с факторами риска общих заболеваний (например, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, заболевания сетчатки и другие),

- наличие факторов риска может в ходе проведения лечения изменить ранее намеченный план лечения (увеличить сроки лечения, потребовать дополнительных этапов лечения и др.).

- несоблюдение рекомендаций врача, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Мне разъяснено, что в некоторых случаях при пользовании ортокератологическими линзами может возникнуть сухость глаз, отек поверхностных слоев эпителия роговицы, реже – инфекционные осложнения.

Я проинформирован(а) о необходимости сообщать врачу о дискомфорте, непредвиденных состояниях глаз. Так же я понимаю, что в случае возникновения осложнений лечение с помощью ортокератологических линз подлежит прекращению.

Я доверяю врачу принять соответствующее профессиональное решение и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния и (или) уменьшения риска осложнения.

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.