

**Приложение к информированному добровольному согласию
на проведение операции ограничительной или периферической профилактической
лазерной коагуляции сетчатки.**

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

соглашаюсь на проведение мне (представляемому)

_____ (Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения представляемого)

операции ограничительной или периферической профилактической лазерной коагуляции сетчатки

Основным показанием для проведения профилактической и ограничительной лазеркоагуляции сетчатки являются дистрофические и дегенеративные процессы на ее периферии, приводящие к истончению сетчатки и угрозе разрыва и отслоения.

Врачом мне РАЗЪЯСНЕНЫ:

Цель проведения медицинского вмешательства: укрепить опасные и слабые места сетчатки, путем ограничения очагов дистрофии (разрыва сетчатки), имеющих большой риск прогрессирования и приводящих к отслоению сетчатки.

Метод проведения медицинского вмешательства: оперативное вмешательство проводится в положении сидя, после проведения инстилляционной анестезии устанавливается на глазную поверхность специальная контактная линза, во время лазерной операции 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, отслойка сетчатки.

Возможные варианты медицинского вмешательства: витреоретинальная хирургия, операция под наркозом, по показаниям

Предполагаемые результаты медицинского вмешательства: предотвращает прогрессирование патологических изменений на глазном дне, препятствует отслоению сетчатки.

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.