

**Приложение к информированному добровольному согласию  
на проведение лазерной коагуляции сетчатки при диабетической ретинопатии, дистрофических и сосудистых  
заболеваний сетчатки  
(панретинальная, секторальная, фокальная, лазеркоагуляция макулярной зоны)**

Я, \_\_\_\_\_ Тестов Тест Тестович  
(Фамилия, Имя, Отчество пациента (законного представителя пациента))  
соглашаюсь на проведение мне (представляемому)

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

**операции панретинальной лазерной коагуляции сетчатки**

Показания и противопоказания к вмешательству. Метод панретинальной, секторальной и фокальной лазеркоагуляции в основном применяют при пролиферативной и препролиферативной формах диабетической ретинопатии, при наличии больших участков ишемии сетчатки и быстрым её прогрессированием. Данная методика также применяется при следующих патологиях: периферическая дистрофия и отслойка сетчатки; разрастание новообразованных сосудов; центральная серозная хориоретинопатия; посттромботическая ретинопатия.

**Врачом мне РАЗЪЯСНЕНЫ:**

Цель проведения медицинского вмешательства: подавления роста и развития новообразованных сосудов, которые являются причиной снижения зрения (ишемия, макулярный отек, кровоизлияния).

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, повреждение эпителия роговицы, отслойка сетчатки, кровотечение из сосудов глаза.

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

Предполагаемые результаты медицинского вмешательства: позволяет снизить высокий риск тяжелой потери зрения, стабилизировать процесс, сохранить зрительные функции, при этом есть вероятность ухудшения зрения из-за выраженных изменений 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.