

**Приложение к информированному добровольному согласию
на проведение медицинских манипуляций (исследований, процедур, иных вмешательств), касающееся процедуры
промывания слезных путей.**

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

соглашаюсь на проведение мне (представляемому)

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

процедуры промывания слезных путей.

Мне был поставлен диагноз _____

Мой врач объяснил мне, что показанием для процедуры промывания слезных путей является упорное слезотечение различного генеза; наличие хронического дакриоцистита или каналикулита вне обострения; наличие длительно текущего воспалительного процесса передней глазной поверхности (с целью санации очага инфекции); диагностика уровня нарушения проходимости слезных путей.

Я осведомлен (а), что процедура осуществляется под местной анестезией в виде инстилляции раствора анестетика.

Методика проведения процедуры: промывание выполняют через нижнюю слезную точку, а при сужении нижнего слезного канальца - через верхнюю слезную точку. Для промывания используют шприц и канюлю с округлым концом, физиологический раствор или раствор с добавлением антибиотика, противовоспалительного препарата, фермента. Во время промывания через нижнюю слезную точку необходимо наклонить голову вниз, чтобы жидкость не затекла в носоглотку.

Возможные осложнения процедуры: аллергические реакции, формирование ложного хода, затекание жидкости по ложному ходу.

Возможные последствия отказа от процедуры: прогрессирование процесса.

Противопоказания к проведению: флегмона слезного мешка, водянка слезного мешка.

Я сообщил(а) врачу, назначившему мне (представляемому) указанную процедуру, о перенесенных заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья.

Мне разъяснены в доступной форме сущность и методика предстоящих медицинских манипуляций, их цели и задачи, а также противопоказания для проведения манипуляции, возможные риски и осложнения после ее проведения.

Мне разъяснено, что промывание слезных путей может быть прервано медицинским работником или отменено из-за неадекватной (плохой) переносимости моим организмом.

Я осознаю, что возможны болевые ощущения во время проведения процедуры: жжение, резь, покалывание, онемение, распирание, другие неприятные ощущения.

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.