

**Приложение к информированному добровольному согласию  
на проведение медицинских манипуляций (исследований, процедур, иных вмешательств), касающееся склеро  
укрепляющих операций.**

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

соглашаюсь на проведение мне (представляемому)

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

склеро укрепляющей операции.

**Склеро укрепляющие вмешательства** – это операции направленные на укрепление склеры глазного яблока. Проводятся с целью попытки приостановить прогрессирующее близорукость, если последняя происходит вследствие причины возникновения которой является изменение размеров глазного яблока. Данный вид операции не улучшит остроту зрения, но возможно приостановит патологический процесс растяжения склеры.

При проведении склеро укрепляющих вмешательств на поверхность склеры (под тенонову оболочку) помещают трансплантационные материалы, постепенно замещающиеся, либо прорастающие новообразованной соединительной тканью. В результате формируется единый комплекс «склера — трансплантат», повышающий биомеханическую устойчивость оболочек глаза и обеспечивающий стабилизирующий эффект. После склеропластики сохраняется необходимость обязательного соблюдения режима зрительной нагрузки, ношения очков и контактных линз.

Склеро укрепляющие вмешательства могут проводиться с использованием материалов для укрепления склеры биологического (ксенотрансплантат) и небологического (колластоп) происхождения.

**Противопоказания для хирургического лечения:**

- острый и обострение хронического воспалительного процесса глаза и его придаточного аппарата;
- дистрофические заболевания склеры;
- острые инфекционные заболевания любой этиологии, включая наличие очагов инфекции полости рта, ЛОР-органов и пиодермии;
- врожденные и приобретенные пороки развития центральной нервной системы, сопровождающиеся нарушением функции ЦНС, включая наличие судорожного синдрома в анамнезе, эпилепсии, повышенного внутричерепного давления, предшествующие операции шунтирования желудочковой системы ЦНС;
- патология сердечно-сосудистой системы (врожденные и приобретенные пороки сердца) со значимым нарушением гемодинамики;
- болезни крови, сопровождающиеся нарушением системы гемостаза, включая гемофилию, тромбофилию, тромбоцитопеническую пурпуру, анемию различного генеза;
- сахарный диабет;
- состояние после любой вакцинации сроком до 1 месяца;
- наличие гипотрофии и паратрофии 3 степени.

**Возможные осложнения.**

Не все вероятные осложнения перечислены в данном документе, но приведенные ниже являются примером рисков, связанных с операцией и анестезиологическим пособием по поводу склеро укрепляющих операций: отторжение или смещение склеро укрепляющего материала, аллергическая реакция (в том числе на склеро укрепляющий материал), послеоперационная тошнота и рвота, кратковременная гипертермия и озноб, инфекции, снижение остроты зрения, диплопия, субконъюнктивальные кровоизлияния, нарушение подвижности глазного яблока.

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 (законный представляемый) предупрежден(а) о том, что может потребоваться несколько этапов хирургического лечения.

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. \_\_\_\_\_