

**ИН ФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО – КОРРЕКЦИЯ ЭКТРОПИОНА, ЭНТРОПИОНА**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона РФ от 21.11. 2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

1. Я _____ Тестов Тест Тестович
(Ф.И.О. пациента/законного представителя Пациента)

являющийся Пациентом/законным представителем Пациента

настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) врачом о предстоящем медицинском вмешательстве – **Коррекции эктропиона (энтропиона)**, выполнение которого обусловлено имеющимся заболеванием: Выворот (заворот) нижнего века _____ глаз/а.

Я поставил/а в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим/пациента здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/пациента во время жизнедеятельности и принимаемых лекарственных средствах.

Врач сообщил мне, что противопоказаниями для проведения настоящего оперативного вмешательства являются: острые местные и общие воспалительные процессы.

2. Суть оперативного вмешательства заключается в хирургическом устранении неправильного положения (выворота, заворота) нижнего века с наложением швов, хирургическое вмешательство проводится под местной анестезией.

Я даю согласие на применение местной анестезии.

Мне разъяснены основные этапы лечения. Я понял(а) в чем его смысл и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

3. **Ожидаемые результаты:** достижение правильного положения (адаптация) нижнего века/а _____ глаз/а

4. **Возможные негативные последствия (осложнения):**

- остаточный выворот;
- заворот нижнего века;
- кровотечение в послеоперационном периоде;
- инфекционные процессы в области послеоперационной раны (при неадекватном уходе за ней, при несоблюдении правил антисептики);
- небольшой отек мягких тканей вокруг глаза;
- неблагоприятное формирование послеоперационного рубца, что может быть связано с особенностью моего организма;
- неудовлетворительные эстетические результаты;
- болезненности отдельных зон в течение неопределенного времени;
- расхождения швов;
- изменения цвета кожи;
- аллергические реакции.

Я информирован (а), что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

5. **Мне разъяснены** состояние моего/(пациента) здоровья и характер необходимого оперативного вмешательства. Содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними риск, возможные осложнения и последствия мне известны. Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства. Я хорошо понял (а) все разъяснения врача.

6. Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы.

7. Настоящим я уполномочиваю медицинский персонал ООО "КЛИНИКА КРИСТАЛЛ" провести мне/пациенту оперативное вмешательство: **Коррекцию эктропиона, энтропиона нижнего века/а** _____ глаз/а.

8. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

9. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания (здоровья), результаты исследования или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Подпись пациента или его законного
представителя: _____
ФИО _____
Дата « ____ » _____ 202__ г.

Подпись врача: _____
ФИО _____
Дата « ____ » _____ 202__ г.