**Информированное добровольное согласие намедицинские вмешательства для получения первичной медико-санитарной помощи по офтальмологии (Стандартное офтальмологическое обследование и дополнительные методы обследования у детей).**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О), «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:***

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О) Паспорт серии\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Являюсь законным представителем ребенка (лица, признанного недееспособным) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., год рождения)

Даю информированное добровольное согласие на проведение стандартного офтальмологического обследования с консультацией врача офтальмолога, а так же на проведение дополнительных методов обследования, в том числе, виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. №390н, для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «ИКАР-1».

Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в стандартное офтальмологическое обследование у детей, а именно: определение остроты зрения с тестами на гетерофорию и бинокулярное зрение, авторефрактометрия, циклоплегия, офтальмоскопия.

Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в стандартное офтальмологическое обследование, а именно: определение остроты зрения с тестами на гетерофорию и бинокулярное зрение, авторефрактометрия, биомикроскопия, тонометрия внутриглазного давления, офтальмоскопия диагностическими линзами. Мне разъяснено, что для уточнения диагноза и правильного выбора тактики лечения врачом офтальмологом ООО «ИКАР-1» рекомендовано проведение одного или нескольких дополнительных методов обследования.

Мне разъяснена необходимость дополнительного обследования для назначения качественного лечения, показания и возможные побочные эффекты (осложнения в результате проведения дополнительных методов). До моего сведения доведено, что при направлении на один или более методов обследования врачом офтальмологом другого медицинского учреждения, я обязан предоставить заключение (направление) врача с указанием диагноза и рекомендуемого обследования.

Со мною согласован и одобрен предложенный мне план обследования и лечения, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и в данных обстоятельствах, также необходимые диагностические исследования, врачебные процедуры и манипуляции (прием таблетированных препаратов, инъекций, применение анестезии при осуществлении медицинского вмешательства). Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о выборе метода лечения.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана обследования и лечения (в связи с необходимостью проведения дополнительных врачебных процедур, которые невозможно в полной мере предвидеть заранее), а как следствие изменение сроков продолжительности лечения, а также стоимости медицинских услуг. В случае не достижения положительного результата вследствие прогрессирования заболевания может потребоваться повторное лечение, лазерное пособие.

Я ознакомлен с перечнем контактных и бесконтактных методов обследования в офтальмологии:

БЕСКОНТАКТНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ: опрос, выявление жалоб и сбор анамнеза; определение остроты зрения; рефрактометрия, пупиллометрия, измерение внутриглазного давления (пневмотонометрия), бесконтактная биометрия, подбор очков, определение поля зрения, оптическая когерентная томография, биомикроскопия, прямая и непрямая офтальмоскопия с помощью бесконтактной линзы, обследование на фундус-камере, обследование глазного дна на мидриазе (расширении зрачков) и циклоплегии (расслаблении аккомодационной мышцы). Мидриаз и циклоплегия сохраняются индивидуально в течение 2-12 часов. У особо чувствительных пациентов легкий мидриаз и циклоплегия могут сохраняться значительно дольше (до 12-24 часов). При этих явлениях может быть затруднена работа на близком расстоянии.

КОНТАКТНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ И ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ: измерение внутриглазного давления по Маклакову, измерение внутриглазного давления тонометром, ультразвуковое офтальмосканирование (В-сканирование), осмотр глазного дна и гониоскопия с линзой Гольдмана, обследование на фундус –камере в режиме флюоресцентной ангиографии

Контактные методы исследования могут вызвать: эрозию роговицы, аллергические реакции на используемые препараты, субконъюнктивальное кровоизлияние, конъюнктивит.

Я осведомлен(а), что контактные методы обследования проводятся под местной анестезией, которая может привести к аллергическим реакциям. Мне объяснено, что антибиотики и медицинские препараты, назначенные в ходе лечения, могут вызвать аллергические реакции и иные побочные действия.

Я согласен (согласна) на проведение фото- и видеосъемки во время лечения и использование их без указания моего имени и фамилии. Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути предстоящего лечения.

Я получил(а) исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я добросовестно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (наличие аллергии, лекарственной непереносимости, хронических инфекционных заболеваний, др. патологических состояний).

Я внимательно ознакомился(ась) с данными документами, имеющим юридическую силу и являющимися неотъемлемой частью договора на оказании платных офтальмологических услуг.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях. Я даю (не даю) согласие на проведение офтальмологического обследования (нужное подчеркнуть)

« » 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

С информированным добровольным согласием на офтальмологическое обследование пациента я ознакомлен (ознакомлена) до начала лечения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. медицинского работника) « » 20\_\_г.