



Федеральное государственное автономное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
«Межотраслевой научно-технический комплекс
«Микрохирургия глаза» имени академика С. Н. Федорова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Волгоградский филиал

(Волгоградский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России)

П Р И К А З

02.02.2026

№ 26-канц

«Об утверждении и введении в действие типовых форм документов при оказании медицинских услуг»

В целях соблюдения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006» и совершенствования типовых форм документов при оказании медицинских услуг

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие новые редакции типовых форм документов при оказании медицинских услуг в Волгоградском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России:

- Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (лечение) (Приложения №№ 1-3);

2. Исключить приложение № 25 к приказу директора Волгоградского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от 20.10.2025 № 292-канц.

3. Заместителю директора по организационно-клинической работе Хзарджан Ю.Ю. ознакомить с настоящим приказом руководителей медицинских подразделений под подпись.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор

С.В. Иванов

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, Пациент _____,
медицинская карта Пациента № _____, « ____ » _____ года рождения,
проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан
Я, _____ (фамилия, имя, отчество - полностью)
паспорт _____ выдан _____, являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента
_____ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным « ____ » _____ г. (число, месяц, год)

даю информированное добровольное согласие на проведение мне лазерного хирургического лечения, в соответствии с назначениями врача **по поводу (выгрузка)** с целью стабилизации патологического процесса, восстановления нормальных анатомических соотношений, попытки улучшения зрительных функций.

и, кроме того, даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинского вмешательства: опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, парабульбарно, ретробульбарно, паравазально), проводимые как в дооперационном, так и в послеоперационном периоде.

2. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

3. Я в полном объеме и доступной для понимания форме проинформирован(а) о предстоящем мне микрохирургическом медицинском вмешательстве (метод оказания медицинской помощи): **вид операции** (выгрузка).

4. Я проинформирован(а), что хирургическое лечение проводится под: смешанной анестезией /нейнгаляционной анестезией без ИВЛ/общей комбинированной анестезией с ИВЛ.

5. До моего сведения было доведено, что альтернативных методов, кроме хирургического лечения, не существует.

6. Предполагаемым **результатом** предложенного лечения будут являться стабилизация патологического процесса, восстановление нормальных анатомических соотношений, попытка улучшения зрительных функций.

7. Я осознаю, что предложенное лечение не гарантирует стабилизации патологического процесса, восстановления нормальных анатомических соотношений, улучшения зрительных функций.

8. Я информирован о целях, объеме, характере предполагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне делать во время проведения лечения. Подбор и контроль за проведением лечения я доверяю своему лечащему доктору.

9. Я проинформирован(а) о возможном изменении плана и объема лечения в процессе предоперационного осмотра и (или) оперативного вмешательства, а также в случае возникновения различных нестандартных ситуаций первоначально планируемая операция может быть заменена на другую операцию, более подходящую в данной конкретной ситуации, и даю на это своё согласие.

10. Я осведомлен(а) о том, что лечение может быть многоэтапным. Я предупрежден(а), что в случае необходимости в различные сроки после операции мне может понадобиться

дополнительное обследование, лечение и консультации специалистов по имеющимся у меня глазным и общим заболеваниям и согласен(на) на них.

11. Я получил(а) от лечащего врача рекомендации по соблюдению режима во время лечения и после него, предупрежден о степени анестезиологического риска и согласен на предоперационную подготовку по предложенной схеме.

12. Я осознаю, что хирургическое лечение может быть сопряжено со следующими осложнениями, риск которых составляет 3-5%: **интраоперационные** (дислокация или децентрация ИОЛ, кровоизлияние в стекловидное тело и переднюю камеру, отслойка сосудистой оболочки, невозможность полного достижения анатомических соотношений, отрыв корня радужки); **послеоперационные** (кератопатия, эрозия роговицы, повышение внутриглазного давления, воспалительная реакция, макулярный отек, гемофтальм, гифема, дислокация или децентрация ИОЛ, вторичная катаракта, фиброз капсульного мешка);

13. Я осознаю, что используемые при предоперационном обследовании приборы имеют технологические пределы точности измерения, что может привести к погрешностям в определении параметров глаза и повлиять на результаты операции.

14. Я согласен (а) с тем, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями заживления при проведении предложенного мне лечения, а также во время операции и в процессе послеоперационного лечения, даже в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

15. Я осознаю, что результат хирургического лечения зависит от моих правильных действий, что несоблюдение мною рекомендаций лечащего врача (попытка смыкания век, произвольные движения головы, глаза) может привести к техническому сбою во время операции и повлиять на последующий функциональный результат. Я проинформирован (а), что в случаях, указанных выше, а также в случае некорректности в работе аппаратуры, непосредственно используемой специалистами при операции, лечащий врач вправе отменить, прекратить операцию на любом этапе или перенести срок ее выполнения.

16. Мне известно, что после хирургического лечения у пациентов возможны побочные оптические эффекты, такие, как круги светорассеяния вокруг источников света, "засветка" от фар встречного транспорта, плавающие помутнения, ощущение "тумана" в помещении, ощущение "размытости" контуров предметов, временное ощущение "двоения", снижение остроты зрения в условиях вечернего и ночного освещения по сравнению с дневным освещением и так далее.

17. Мне известно, что после хирургического лечения могут возникнуть проявления синдрома сухого глаза той или иной степени выраженности. Все вышеуказанные оптические эффекты и синдром сухого глаза проходят или снижают свою интенсивность в течение нескольких недель или месяцев после выполнения операций.

18. Я извещен(а), что для стабилизации зрительных функций может потребоваться от нескольких недель до нескольких месяцев в зависимости от тяжести патологического процесса, вида хирургического лечения, от технологических особенностей ИОЛ, индивидуальных особенностей заживления и нейроадаптации (привыкания зрительного анализатора) пациента.

19. Я предупрежден, что на результатах операции будут сказываться иные изменения органа зрения (катаракта, глаукома, заболевания глазного дна и прочее).

20. Я извещен(а), что кроме основного заболевания у меня имеется сопутствующая патология органа зрения, **а именно: выгрузка**

21. Мне была предоставлена возможность задать лечащему врачу вопросы о своем заболевании, о предложенной операции и возможных осложнениях после нее. На все вопросы я получил исчерпывающие и понятные ответы и имел достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное лечение.

22. Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств.

23. Я поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных со 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 во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

24. Я проинформирован(а), что могу пройти хирургическое лечение по поводу имеющегося у

меня заболевания в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Филиале.

25. Я уведомлен(а), что в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», граждане, находящиеся на лечении в Филиале, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка, установленными в Филиале, и обязуюсь их соблюдать.

26. Настоящим подтверждаю, что в настоящее время не нахожусь на стационарном лечении в другом лечебном учреждении.

27. Я поставлен(а) в известность, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

28. Я согласен(а) при проводимом лечении на присутствие обучающихся медицинских специалистов в целях использования результатов обследования и лечения в учебном процессе, проведения научных исследований и публикаций в научных изданиях. Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) глаза в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны.

29. Я разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:

(перечислить фамилии, имена, отчества - полностью)

С моих слов записано верно, мною/мне прочитано (в случае не собственноручного заполнения)

30. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

31. Я проинформирован(а) о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в амбулаторных (стационарных) условиях в Филиале, размещенных на сайте www.isee.ru, и на бумажном носителе на информационных стендах Филиала.

32. Я подтверждаю, что решение о проведении лечения является моим собственным, и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли.

Пациент

(законный представитель)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.

В присутствии переводчика
(для иностранных граждан)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого лечения и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель) расписался в моем присутствии

Медицинский работник _____

(должность)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

« _____ » _____ 20 ____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, Пациент _____,
медицинская карта Пациента № _____, « ____ » _____ года рождения,
проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 18 лет,
или недееспособных граждан

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
Паспорт № _____ выдан _____,
являясь законным
представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) ребенка (нужное подчеркнуть)
или лица, признанного недееспособным: _____
(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью)
Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(день, месяц, год)

даю информированное добровольное согласие на проведение в Волгоградском филиале ФГАУ
«НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее -
Филиал) хирургического лечения по поводу: выгрузка

с целью удаления глазного яблока и сопутствующих тканей

и, кроме того, даю информированное добровольное согласие на следующие виды
медицинского вмешательства: опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе
пальпация, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные
исследования органа зрения и зрительных функций; лабораторные методы обследования, в том
числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография; введение
лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно,
подкожно, внутрикожно, парабульбарно, ретробульбарно, паравазально), проводимые как в
дооперационном, так и в послеоперационном периоде.

2. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени
тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

3. Я в полном объеме и доступной для понимания форме проинформирован(а) о предстоящем
мне микрохирургическом медицинском вмешательстве (метод оказания медицинской помощи):
энуклеация/эвисцерация/экзентерация (подчеркнуть).

Энуклеация — это хирургическое отделение конъюнктивы, внутренней слизистой оболочки,
от лимбической структуры с захватом мышечных волокон. Далее хирург прошивает их при
помощи специального хирургического инструмента и отделяет от полости.

Эвисцерация — в ходе эвисцерации хирург отделяет конъюнктиву от лимба, срезает
специальными ножницами роговицу с небольшим фрагментом склеры. Оставшееся содержимое
хирург убирает с помощью специальной медицинской ложки. Освободившаяся полость глазницы
обрабатывается дезинфицирующей жидкостью.

Экзентерация — наиболее радикальный метод удаления глазного яблока. Он подразумевает
изъятие глаза вплоть до костных стенок.

Выбор метода операции осуществляется лечащим врачом в зависимости от конкретных
обстоятельств.

4. Я проинформирован(а), что хирургическое лечение проводится под: смешанной анестезией
/нейнгаляционной анестезией без ИВЛ/общей комбинированной анестезией с ИВЛ.

5. До моего сведения были доведены следующие альтернативы проведения хирургического
лечения: альтернативы хирургическому удалению глазного яблока не существует.

6. Предполагаемым результатом предложенного лечения будет являться снижение болевого
синдрома, удаление патологически измененных тканей, снижение воспалительного процесса.

7. Я информирован о целях, объеме, характере предполагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне делать во время проведения лечения. Подбор и контроль за проведением лечения я доверяю своему лечащему доктору.

8. Я проинформирован(а) о возможном изменении плана и объема лечения в процессе предоперационного осмотра и (или) оперативного вмешательства, а также в случае возникновения различных нестандартных ситуаций первоначально планируемая операция может быть заменена на другую операцию, более подходящую в данной конкретной ситуации, и даю на это своё согласие.

9. Я осведомлен(а) о том, что лечение может быть многоэтапным. Я предупрежден(а), что в случае необходимости в различные сроки после операции мне может понадобиться дополнительное обследование, лечение и консультации специалистов и согласен(на) на них.

10. Я получил(а) от лечащего врача рекомендации по соблюдению режима во время лечения и после него, предупрежден о степени анестезиологического риска и согласен на предоперационную подготовку по предложенной схеме.

11. Я осознаю, что хирургическое лечение может быть сопряжено со следующими осложнениями: птоз верхнего века, опущение нижнего века, слабая мобильность глазного протеза. Указанные осложнения могут потребовать дополнительного лечения, в том числе хирургического.

12. Я извещен(а), что кроме основного заболевания у меня имеется сопутствующая патология органа зрения, которая может повлиять на результат операции, **а именно: выгрузка**

13. Я согласен(на) с тем, что используемый метод (технология) медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуально-анатомическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований и стандартов, учреждение не несет ответственности за их возникновение.

14. Я осознаю, что результат хирургического лечения зависит от моих правильных действий, что несоблюдение мною рекомендаций лечащего врача (попытка смыкания век, произвольные движения головы, глаза) может привести к техническому сбою во время операции и повлиять на последующий функциональный результат. Я проинформирован (а), что в случаях, указанных выше, а также в случае некорректности в работе аппаратуры, непосредственно используемой специалистами при операции, лечащий врач вправе отменить, прекратить операцию на любом этапе или перенести срок ее выполнения.

15. Мне была предоставлена возможность задать лечащему врачу вопросы о своем заболевании, о предложенной операции и возможных осложнениях после нее. На все вопросы я получил исчерпывающие и понятные ответы и имел достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное лечение.

16. Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств.

17. Я поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных со 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 во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

18. Я проинформирован(а), что могу пройти хирургическое лечение по поводу имеющегося у меня заболевания в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Филиале.

19. Я уведомлен(а), что в соответствии с п. 3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», граждане, находящиеся на лечении в Филиале, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка, установленными в Филиале, и обязуюсь их соблюдать.

20. Настоящим подтверждаю, что в настоящее время не нахожусь на стационарном лечении в другом лечебном учреждении.

21. Я поставлен(а) в известность, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача,

иного медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

22. Я согласен(а) при хирургическом лечении на присутствие обучающихся медицинских специалистов в целях использования результатов обследования и лечения в учебном процессе, проведения научных исследований и публикаций в научных изданиях. Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) глаза в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны.

23. Я разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:

(перечислить фамилии, имена, отчества - полностью)

С моих слов записано верно, мною прочитано (в случае не собственноручного заполнения)

24. Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

25. Я проинформирован о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в амбулаторных (стационарных) условиях в Филиале, размещенных на сайте www.isee.ru, и на бумажном носителе на информационных стендах Филиала.

26. Я подтверждаю, что решение о проведении лечения является моим собственным, и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли.

Пациент

(законный представитель)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата: « _____ » _____ 20__ г.

В присутствии переводчика

(для иностранных граждан)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого лечения и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель) расписался в моем присутствии

Медицинский работник

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

« _____ » _____ 20__ г.

Письменное информированное добровольное согласие на трансплантацию органов и (или) тканей человека

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) реципиента, одного
из его родителей или иного законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения реципиента, одного из его родителей или иного законного
представителя)

_____ (адрес регистрации реципиента, одного из его родителей или иного
законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)

В ОТНОШЕНИИ _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) реципиента
при подписании согласия одним из его родителей
или иным законным представителем)

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения реципиента при подписании одним его родителей или иным
законным представителем)

_____ (в случае проживания не по адресу регистрации одного из родителей
или иного законного представителя)

даю письменное информированное добровольное согласие на трансплантацию органов и (или) тканей человека (далее - трансплантация) реципиенту, родителем (иным законным представителем) которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

A16.26.049	Кератопластика (трансплантация роговицы)
A16.26.049.001	Неавтоматизированная послойная кератопластика
A16.26.049.002	Автоматизированная послойная кератопластика
A16.26.049.003	Задняя послойная кератопластика
A16.26.049.004	Послойная кератопластика
A16.26.049.005	Неавтоматизированная эндокератопластика
A16.26.049.006	Сквозная лимбокератопластика
A16.26.049.007	Кератопластика конъюнктивальная
A16.26.049.008	Кератопластика сквозная

_____ (наименование медицинской услуги в соответствии с номенклатурой
медицинских услуг)

в Волгоградском филиале федерального государственного автономного учреждения
«Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика
С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской
Федерации _____

(полное наименование медицинской организации)

Объект трансплантации роговица
(указывается объект трансплантации в соответствии с перечнем объектов трансплантации)

Цели и метод медицинского вмешательства

Пересадка роговицы (кератопластика) — замена пораженной части роговицы на донорский материал.

Восстановление прозрачности и анатомической целостности роговицы, улучшение зрительных функций.

_____ (указываются сведения о целях и методе медицинского вмешательства)

Риск, связанный с медицинским вмешательством

Риск реакции отторжения трансплантата роговицы колеблется от 2,3% до 65%.

(указываются сведения о риске, связанном с медицинским вмешательством)

Последствия медицинского вмешательства

Длительный послеоперационный период реабилитации с обязательными явками на медицинский осмотр через 1,3,6,12 месяцев, включая снятие швов через 12-18 месяцев при сквозной и передней послойной техник кератопластики.

Стабилизация зрительных функций будет происходить в срок от 6 до 18 месяцев в зависимости от технологических особенностей операции и адаптационных способностей организма. При сквозной и передней послойной техниках кератопластики стабилизация зрительных функций происходит после снятия роговичного шва (12-18 месяцев).

В зависимости от технологических особенностей операции, последствием предложенного лечения могут быть различные аномалии рефракции: астигматизм (правильный, неправильный), миопия, гиперметропия, что может потребовать очковую и/или контактную коррекцию.

Последствием хирургического вмешательства могут быть побочные оптические эффекты: круги светорассеивания вокруг источников света, «засветка» от фар встречного транспорта, плавающие помутнения, ощущение «тумана» в помещении, ощущение «размытости» контуров предметов, временное ощущение «двоения», снижение остроты зрения в условиях вечернего и ночного освещения, по сравнению с дневным освещением и так далее.

(указываются сведения о последствиях медицинского вмешательства)

Возможные осложнения для здоровья реципиента в связи с предстоящим медицинским вмешательством.

интраоперационные (повреждение трансплантата, выпадение стекловидного тела, вывих интраокулярной линзы в переднюю камеру, экспульсивная геморрагия, гемофтальм, гифема, повреждение нативного хрусталика, разрыв и повреждение радужки), **послеоперационные** (дезадаптация роговичного шва, воспалительная реакция, повышение внутриглазного давления, отслойка сетчатки, макулярный отек, помутнение хрусталика, болезнь трансплантата, помутнение интраокулярной линзы, субатрофия глазного яблока, помутнение роговицы, кератэктазия). Указанные осложнения могут потребовать дополнительного лечения.

(указываются сведения о возможных осложнениях для здоровья реципиента в связи с предстоящим медицинским вмешательством)

Предполагаемые результаты медицинского вмешательства

Восстановление прозрачности и анатомической целостности роговицы, улучшение зрительных функций.

(указываются сведения о предполагаемых результатах медицинского вмешательства)

Врач-специалист, определенный для проведения медицинского вмешательства

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Лечащим врачом (врачом-специалистом)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача либо врача-специалиста)

в доступной для меня форме предоставлена полная информация о целях, методах трансплантации органов и (или) тканей человека, связанном с ней риске, об объекте трансплантации, о возможных вариантах медицинского вмешательства в целях трансплантации органов и (или) тканей человека, о его последствиях, возможных осложнениях для здоровья реципиента в связи с предстоящим оперативным вмешательством, а также о предполагаемых результатах трансплантации.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в том числе в процессе проведения предтрансплантационного кондиционирования).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, родителем (иным законным представителем) которого я

являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я сообщил лечащему врачу (врачу-специалисту) известные мне сведения о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, родителем (иным законным представителем) которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе о наличии аллергии (непереносимости), постоянном приеме лекарственных препаратов, употреблении алкогольной продукции, наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) реципиента, его родителя или иного законного представителя)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача либо врача-специалиста)

" " _____ Г.
(дата оформления)