**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,В Т.Ч ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ.**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Находясь на лечении (обследовании) в **ООО «ОФТАКИТ»**

Добровольно даю своё согласие на проведении мне (представляемому) операции;

**Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы**

и прошу персонал медицинской организации об её проведении.

Подтверждаю ,что я ознакомлен (на) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены , и я понимаю особенности и ход предстоящего мне оперативного лечения.

-Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

-Я предупрежден (на) о факторах риска и понимаю ,что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

-Я предупрежден(на) что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания ,и дано своё согласие на это.

-Я поставил(ла) в известность врача обо всех проблемах ,связанных со здоровьем .в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемых) и известных мне травмах ,операциях, заболеваниях, в т.ч носительстве ВИЧ- инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем , об экологических и производственных факторах физической , химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности , принимаемых лекарственных средствах , проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов.

-Сообщил (ла) правдивые сведения о наследственности , а так же об употреблении алкоголя, наркотических средств и токсических средств.

-Я знаю , что во время операции возможна потеря крови и даю согласия на переливания донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

-Я согласен (на) на запись хода операций на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

-Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства в т.ч переливания донорской или ауто (собственной) крови и / или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

-Я ознакомлен (на) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положение которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно дано своё согласие на операцию:

**Факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы**

Подпись пациента (законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата