

Клиника "Эйнаим"
Медицинский центр д-ра Левингера
Всеизраильская сеть клиник врачей-специалистов

Бланк согласия:

Операция по коррекции дефектов зрения с помощью эксимерного лазера LASEK / PRK

Я, нижеподписавшийся,

Фамилия	Имя	Отчество	Номер уд. личности
---------	-----	----------	--------------------

настоящим заявляю и подтверждаю, что доктор _____ предоставил мне подробную устную информацию об операции по коррекции зрения с помощью эксимерного лазера. Мне были объяснены хирургические альтернативы и описаны их преимущества и недостатки в соответствии с состоянием моих глаз:

- LASEK / PRK: удаление слоев роговицы глаза.
- Wave Front: компьютеризированное лечение для улучшения качества зрения.
- MONOVISION: операция для коррекции близорукости в одном глазу и дальнозоркости в другом глазу.

Тип операции, которая будет выполнена на правом / левом* глазу пациента (в дальнейшем - "Основная операция"):

Операция выполняется в целях повышения остроты зрения в случае близорукости, дальнозоркости, астигматизма или их сочетания без использования очков или контактных линз.

Операция не призвана решить основную проблему глаза и не может остановить естественное развитие в глазах нарушений, связанных с болезнью глаза или с возрастом, например: развитие глаукомы, катаракты, заболеваний и кровотечений в сетчатке глаза или иных болезней глаз.

Операция, как правило, выполняется под местной анестезией посредством закапывания капель в глаз / глаза. Мне было объяснено, что процесс выздоровления после операции зависит от способности глаза к исцелению и различен для каждого пациента.

Возможен оптический результат, который будет выражаться в недостаточной или чрезмерной коррекции зрения (Over correction/Under Correction). Возможно, что после получения первых результатов операции произойдет ухудшение. Мне было разъяснено, что показатели успешности операции более высоки в случае близорукости до 7,0 диоптрий при наличии или отсутствии астигматизма. Чем выше этот показатель до операции, тем больше вероятность ухудшения результатов. В некоторых случаях возникает необходимость в дополнительной операции для достижения более точных и оптимальных результатов. В определенных случаях дополнительная операция будет невозможна в связи со структурой и толщиной сетчатки или по другим медицинским соображениям, даже если необходимость в ней возникнет.

Исцеление ткани роговицы и реакция на лечение лазером различны для каждого

пациента. Колебания и изменения остроты зрения обычно длятся около трех месяцев, но в редких случаях такие колебания могут продолжаться в течение длительного периода после операции.

Несмотря на обычно высокую вероятность успеха, мне было объяснено, что невозможно обеспечить идеальное зрение (6/6 или соотношение между числом и цилиндром, равное 0, после операции). Мне разъяснено, что даже в случае улучшения зрения в определенных случаях необходимо будет носить очки или контактные линзы и после операции. Кроме этого, возможны состояния, которые ограничивают использование контактных линз после операции.

В любом случае операция с помощью лазера не предотвращает развития пресбиопии (старческая дальнозоркость) - состояния, требующее ношения очков для чтения, чтобы видеть и выполнять работы на близком расстоянии. Этот процесс начинается в возрасте около 40 лет и старше у большей части населения.

Подпись пациента: _____ Подпись врача: _____

Продолжение на оборотной стороне листа

Клиника "Эйнаим"
Медицинский центр д-ра Левингера
Всеизраильская сеть клиник врачей-специалистов

Имя пациента: _____ Номер уд. личности:

При лазерной операции типа Monovision в одном глазу улучшается зрение вблизи, а в другом - зрение на расстоянии. Эта операция не гарантирует четкости зрения вблизи без очков или без контактных линз, поскольку результаты зависят от скорости развития старческого зрения в глазу. Кроме того, может возникнуть необходимость в ношении очков для управления транспортным средством в ночное время. Если не будет достигнута достаточная адаптация к операции Monovision, то будет взвешена возможность выполнения дополнительной или корректирующей операции и балансировки зрения на расстоянии для обоих глаз.

После операции потребуются медикаментозное лечение и посещения клиники в течение периода, который будет определен врачом. Продолжительное использование глазных капель после операции может вызвать развитие глаукомы или катаракты. Мне было разъяснено, что операция является относительно новым методом, и поэтому ее долговременные последствия неизвестны.

Настоящим заявляю и подтверждаю, что мне были разъяснены ожидаемые результаты и побочные явления после Основной операции, которые включают: относительно медленное заживление, боль, неприятные ощущения, сухость в глазу, чувствительность к солнечному свету и сильному освещению, которые также выражаются в ослеплении в ночной период, ореол или двойное изображение, которые могут длиться несколько месяцев и даже больше и ограничивать возможности управления транспортным средством, главным образом в ночное время.

Кроме этого, мне были объяснены возможные опасности и осложнения Основной операции, включая: помутнение роговицы глаза (Haze) после операции, способное привести к нечеткости зрения и к блеску; легкое опущение века, которое в большинстве случаев проходит. В редких случаях возможно неравномерное заживление или выпячивание роговицы- эктазия, - способное повлечь за собой необходимость дополнительных мер, в частности, подбор контактных линз, имплантация колец в роговицу глаза, "кросс линкинг" или пересадка роговицы. Другим дополнительным осложнением может явиться инфекция, вызывающая неравномерное заживление роговицы глаза, искривление ее формы или образование рубца на роговице. В очень редких случаях в результате операции может развиться сильнейший дефект зрения вплоть до полной потери зрения. Мне было объяснено, что успех операции требует последующего врачебного наблюдения, как это необходимо, а также приема лекарств и глазных капель в соответствии с указаниями врача. Отказ от выполнения этих требований может ухудшить результат операции.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение Основной операции. Я также соглашаюсь на применение местной анестезии с помощью капель, если оперирующим врачом не будет принято иное решение. Если будет принято решение о выполнении операции под общим наркозом, то анестезиологи предоставят мне необходимые разъяснения. Я знаю и соглашаюсь с тем, что операция и все другие процедуры будут

выполнены специалистом, которому они будут поручены, в соответствии с процедурами и правилами клиники "Эйнаим", которая несет за них ответственность, как это принято в рамках ее внутренних правил и в соответствии с положениями закона.

Настоящим заявляю, что я прочел/а этот бланк согласия и полностью понял/а шансы и опасности, которые связаны с данной операцией, перед приемом успокоительной таблетки.

Дата

Подпись пациента

Имя попечителя (степень родства)

Подпись попечителя (в случае недееспособного лица, подростка или душевнобольного)

Я подтверждаю, что устно объяснил пациенту / попечителю пациента* все сказанное выше с необходимыми деталями, и он/она подписал бланк согласия в моем присутствии после того, как полностью понял/а все мои объяснения.

Имя врача

Подпись врача

Номер лицензии

* Лишнее зачеркнуть