



## Форма согласия :Операция по устранению катаракты

### Cataract Extraction

Катаракта – помутнение хрусталика, утрата его прозрачности. В ходе операции мутный хрусталик удаляется, а на его место в большинстве случаев устанавливается искусственный прозрачный хрусталик - так называемая интраокулярная линза (ИОЛ). Цель операции - улучшение зрения. В большинстве случаев эту задачу удается выполнить, однако конечный результат зависит также от состояния всех остальных элементов зрительного аппарата, помимо хрусталика. Тип ИОЛ и ее оптическая сила устанавливаются по ходу операции в соответствии с данными глаза. Бывают ситуации, при которых установка искусственного хрусталика невозможна в силу неподходящих условий, причем не всегда удается установить этот факт до начала операции. При невозможности имплантации ИОЛ операция ограничивается удалением хрусталика. Следует подчеркнуть, что после любой операции по поводу катаракты для обеспечения наилучших показателей как дальнего, так и ближнего зрения пациенту могут потребоваться очки. В тех случаях, когда операция по поводу катаракты выполняется пациенту, уже перенесшему лазерную коррекцию зрения, расчет оптической силы имплантируемой линзы сложнее; соответственно, и необходимость в очковой коррекции для достижения наилучших показателей зрения после замены хрусталика в подобной ситуации более вероятна.

Существует несколько типов ИОЛ; каждый из них предназначен для коррекции того или иного нарушения рефракции, не связанного с катарактой. Некоторые типы ИОЛ устанавливают только частным образом. Типы ИОЛ:

- Монофокальная ИОЛ - линза, обеспечивающая высокую остроту зрения на одно из трех расстояний: дальнее, среднее или близкое. При этом для оптимального зрения на другие расстояния требуются очки. Есть возможность откорректировать зрение в каждом из глаз с расчетом на разные расстояния (один на дальнее, другой на близкое), с тем чтобы снизить зависимость от очков (т.е. произвести так называемую моновизуальную интраокулярную коррекцию).
- Мультифокальная ИОЛ - линза, призванная снизить зависимость от очков как для дали, так и для близи.
- Аккомодационная линза – линза, изменяющая фокус в соответствии с выполняемой задачей (рассматривание удаленных или близко расположенных предметов) и тем самым снижающая зависимость от очков как для дали, так и для близи.
- Торическая линза - линза, призванная уменьшить или скорректировать астигматизм (искривление роговицы, при котором она принимает «яйцевидную» форму вместо сферической) и за счет этого снизить зависимость от очков. Торическая линза существует в трех вариантах: монофокальная, мультифокальная и аккомодационная.

Данные

пациента: \_\_\_\_\_

**Фамилия**

**Им**

**Имя отца**

**№ уд. л.**

Настоящим я подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора: \_\_\_\_\_

**Фамилия**

**Имя**

о необходимости выполнения операции по поводу катаракты на правом\*/ левом\* глазу с имплантацией /без имплантации интраокулярной линзы.

Отметьте избранный вид линзы:

Монофокальная

Мультифокальная

Аккомодационная

Торическая

(далее по тексту - Основная операция).



Мне разъяснено, что процент успешных операций по поводу катаракты высок. Кроме того, мне разъяснено, что альтернативных способов устранения катаракты не существует. Мне разъяснено, что целью операции является лишь улучшение зрения; данная операция не позволяет решить другие проблемы с глазами. Меня проинформировали о преимуществах и недостатках каждой линзы, а также о том, какая линза наилучшим образом подойдет именно мне, исходя из моего состояния.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне разъяснили, каковы желаемые результаты операции и каковы ее возможные побочные явления, включая болевые ощущения и дискомфорт.

Меня поставили в известность о факторах риска и о возможных осложнениях, в том числе: инфекция, кровотечение, утрата стекловидного тела глаза, смещение ИОЛ в полость стекловидного тела глаза (что может потребовать дополнительной операции по извлечению линзы из стекловидного тела), дислокация ИОЛ; осложнения, связанные с поздней реакцией глаза на хирургическое вмешательство; токсический синдром переднего сегмента глаза (TASS); сухость; временное или стойкое повышение внутриглазного давления; временный или хронический отек роговицы, в некоторых случаях требующий операции по трансплантации роговицы; помутнение задней капсулы хрусталика (вторичная катаракта). В некоторых случаях вторичная катаракта требует лазерной коррекции.

В числе более редких осложнений: птоз (опущение века), хроническая воспалительная реакция; негативное воздействие ИОЛ на роговицу, требующее операции по извлечению ИОЛ; отслойка сетчатки и отек макулярной (центральной) зоны сетчатки. В редчайших случаях возможна утрата зрения на прооперированный глаз или утрата самого глаза.

Мне разъяснено, что для каждого типа интраокулярной линзы характерны свои побочные явления и осложнения. При имплантации торической линзы возможно ее смещение в глазу, а также изменение ее силы, что может привести к неполной коррекции астигматизма или к необходимости в проведении дополнительной операции по коррекции положения ИОЛ или по ее замене. Я осознаю, что операция не гарантирует избавления от необходимости в очках: речь идет лишь об уменьшении зависимости от них.

При имплантации мультифокальной ИОЛ возможно снижение контрастности, появление ореолов вокруг источников света, появление бликов, недостаточная острота зрения при неярком освещении; возможна также недостаточная острота зрения на средние расстояния. В некоторых случаях требуется замена ИОЛ в связи с вышеперечисленными жалобами. Мне известно, что ИОЛ уменьшает зависимость от очков, однако гарантировать, что необходимость в них полностью отпадет, - невозможно. Не исключено, что для определенного вида деятельности мне все равно потребуются очки.

Настоящим я даю свое согласие на выполнение Основной операции. Кроме того, настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне разъяснено и понятно следующее. Не исключено, что по ходу Основной операции возникнет необходимость в расширении объема вмешательства, в изменении его сущности или в принятии других или дополнительных мер с целью спасения жизни/ или предупреждения телесных повреждений. В частности, речь может идти о дополнительных хирургических манипуляциях, прогнозировать которые с уверенностью и в полном объеме невозможно; в то же время, их смысл мне разъяснен. В этой связи я даю согласие на расширение/ изменение вмешательства или выполнение иных/дополнительных процедур, в том числе хирургических, которые по мнению врача будут необходимы или потребуются по ходу Основной операции.



Я также даю согласие на местную анестезию, после того как мне были разъяснены сопряженные с ней факторы риска и возможные осложнения, в т.ч. кровотечение, инфекция, повреждение глаза и, в редчайших случаях, потеря зрения. В случае если будет принято решение о проведении операции под общим наркозом, мне будет дано отдельное разъяснение анестезиологом.

Я знаю и выражаю согласие на то, что операция и все прочие процедуры будут выполнены

тем специалистом, которому они будут поручены, в соответствии с регламентом и правилами больницы; мне не гарантировано, что все упомянутые процедуры или некоторые из них будут выполнены тем или иным определенным специалистом. Единственное, что мне гарантировано - это то, что операция и все прочие процедуры будут осуществлены с ответственностью, принятой в больнице и предусмотренной действующим законодательством. В случае если пациент оформляет операцию частным образом: ответственным оперирующим хирургом будет \_\_\_\_\_

**имя доктора**

<b>Дата</b>	<b>Время подписания</b>	<b>Подпись пациента</b>
-------------	-------------------------	-------------------------

<b>Имя, фамилия опекуна (родство)</b>	<b>Подпись опекуна (в случае недееспособности, несовершеннолетия пациента или наличия у него психического заболевания)</b>
---------------------------------------	--

Я подтверждаю, что объяснил/а в устной форме пациентке/опекуну пациентки\* все вышесказанное с требуемой степенью детализации, и он/а подписал/а настоящее согласие в моем присутствии; я удостоверился/ась, что пациентка/опекун понял/а мои объяснения в полной мере.

**Имя, фамилия врача**

**Подпись врача**

**№ лицензии врача**

\*Ненужное зачеркнуть