

## Форма согласия: операция по коррекции косоглазия

### SURGERY FOR EXTRAOCULAR MUSCLES

Операция производится с целью коррекции положения глаз/нарушений движений глазных яблок/ положения головы. Данная цель достигается путем подтяжки или ослабления внешних мышц глаза, ответственных за движения глазных яблок. После того как подействует анестезия, выполняется тест для выявления источника нарушений движений глазного яблока. Иногда тот или иной тип операции выбирается в зависимости от результатов данного теста. Хирургическое вмешательство не меняет остроты зрения каждого глаза, как таковой; у взрослых с помощью операции удастся улучшить не зрительную функцию, а внешний вид пациента и, иногда, координацию между глазами. Операция может являться одним из этапов программы лечения, наряду с ношением очков и/или заклеиванием одного глаза в рамках терапии амблиопии («ленивого глаза»). Лечение перечисленными методами проводится, как правило, до операции, однако иногда курс продолжается и после нее. В ходе каждого вмешательства оперируют одну мышцу или более, на одном глазу или на обоих - в зависимости от состояния.

Операция производится под общим наркозом или под местной анестезией.

Данные пациента: \_\_\_\_\_  
  **Фамилия**  **Им**  **Имя отца**  **№ уд. л.**

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

о необходимости операции по коррекции косоглазия на правом/левом/ на обоих глазах\* с вмешательством на одной/двух мышцах (далее по тексту - **Основная операция**).

Я заявляю и подтверждаю, что мне разъяснены желаемые результаты операции, а именно, уменьшение косоглазия; при этом процесс улучшения может быть постепенным. В то же время, не исключено и ухудшение, а именно, рецидив косоглазия в его прежней форме, либо развитие косоглазия другого типа. В таких случаях существует возможность проведения повторной операции. Я получил/а разъяснения относительно побочных явлений после операции, в числе которых боли, дискомфорт и преходящее двоение в глазах.

Мне разъяснены также возможные осложнения и факторы риска, связанные с операцией, в том числе: кровотечение, инфекция, повреждение мышцы, двоение в глазах и, в редчайших случаях, снижение или потеря зрения и деформация глаза.

Настоящим я даю свое согласие на осуществление Основной операции.

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



ההסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד רופאי העיניים בישראל



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

Я также даю согласие на местную анестезию, после того как мне были разъяснены связанные 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 предоставляются гарантии того, что все упомянутые процедуры или некоторые из них будут выполнены тем или иным определенным специалистом. Единственное, что мне гарантируется — это то, что операция и все прочие процедуры будут осуществлены с ответственностью, принятой в больнице и предусмотренной действующим законодательством.

---

Дата	Время подписания	Подпись пациента
------	------------------	------------------

---

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

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 вычеркнуть

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



ההסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד רופאי העיניים בישראל

