**Информированное добровольное согласие**

**на зондирование слезно-носового канала**

***(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ***

***«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)***

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

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

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан*  *Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*  *являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель-нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(ФИО ребенка или недееспособного гражданина- полностью, год рождения)* |

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач-офтальмолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее по тексту - врач). (должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники ООО «МЕД-ПЛЮС».

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Код по номенклатуре | Вид вмешательства/услуги | Количество |
| 1 | **[A11.26.005](https://kiberis.ru/?p=74826" \t "_blank)** | Зондирование слезно-носового канала |  |

Зондированием слезно-носового канала называется медицинская манипуляция, в ходе которой производится механическое разрушение преград, мешающих проходимости протока, с помощью специального зонда..

Мне разъяснено, что показанием для зондирования слезно-носового канала являются:

-раздражение кожи вокруг глаз из-за обильного отделяемого или часто повторяющиеся конъюнктивиты, дакриоциститы у ребенка младше года.  
-согласно российским клиническим рекомендациям зондирование следует проводить ребенку в возрасте младше 3-х месяцев при неэффективности массажа области носослезного канала в течение двух недель.

Мне разъяснено, что зондирование слезно-носового канала назначают при неэффективности консервативной терапии.

Мне разъяснены этапы проведения зондирования слезно-носового канала:

1. Местная анестезия
2. Обеспечение доступа в носослезный проток. Для этого используется специальный инструмент (зонд)
3. Удаление слизистой пробки
4. Промывание слезно-носового протока физраствором и антисептиком

Я осведомлен(а), что зондирование слезно-носового канала проводится под местной анестезией, которая может привести к аллергическим реакциям.

Мне объяснено, что антибиотики и медицинские препараты, назначенные в ходе лечения, могут вызвать аллергические реакции и иные побочные действия.

Я согласен (согласна) на применение, во время обследования и диагностических манипуляций в ООО «МЕД-ПЛЮС», нижеуказанных лекарственных препаратов:

Для местной анестезии при различных медицинских манипуляциях применяются капли:

Инокаин (окибупрокаин) Алкаин (проксиметокаин)Побочные явления: в редких случаях может наблюдаться зуд, жжение, гиперемия конъюнктивы, учащенное моргание и слезотечение.  
Очень редко после закапывания могут возникать острые аллергические реакции – эрозия роговицы, эпителиальный кератит, ирит, нитевидные инфильтраты роговицы.

Мне разъяснено, что после проведения зондирования слезно-носового канала редко возможны следующие осложнения:

Разрыв стенки канала; Прорыв гноя в гайморову полость; Попадание зонда в носовую пазуху; Дефект зонда внутри канала, требующий хирургического удаления. Кроме того возможны последствия инвазивного вмешательства, такие как: Кровотечение; Воспаления слезного мешочка; Рецидив дакриоцистита.

Неправильный уход родителей за органами зрения ребенка может привести к спаечному процессу в канале.

После проведения оперативного вмешательства на внутренней стороне ока остается небольшая ранка, через которую в случае ненадлежащей обработки может проникнуть инфекция и вызовет воспаление или рецидив дакриоцистита.

После проведения процедуры зондирования также могут наблюдаться следующие симптомы:

* Повышенная температура;
* Конъюнктивит;
* Тошнота и рвота;
* Обильное слезотечение и иные.

Мне разъяснено, что после проведения манипуляции врач может назначить:

* Курс глазных антибактериальных капель - для профилактики глазных инфекций после вмешательства
* Местные сосудосуживающие капли в нос - для профилактики и уменьшения кровотечения, которое иногда возникает после зондирования.
* Обезболивание ибупрофеном или парацетамолом - для облегчения возможного дискомфорта после процедуры.

Мне разъяснено, что альтернативные методы лечения включают в себя местную и общую антибактериальную терапию, противовоспалительную терапию, массаж. При неэффективности консервативной терапии пациенту назначается зондирование слезно-носового канала и/или оперативное лечение.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции несовершеннолетнему пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме 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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

**Я подтверждаю, что:**

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента) (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
(ФИО медицинского работника) (подпись)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_г. (дата оформления)