



Чебоксарский филиал

(Чебоксарский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им.акад. С.Н. Федорова» Минздрава России)

**П Р И К А З**

«04» ноября 2025г.

г. Чебоксары

№ 204

**О внесении дополнений в Приказ от  
29.08.2023 № 270 «Об утверждении новых  
типовых форм документов при оказании  
медицинских услуг»**

В целях совершенствования типовых форм документов при оказании медицинских в Чебоксарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, на основании приказа Министерства здравоохранения РФ от 27 июля 2022 г. №508н «Об утверждении Порядка дачи письменного информированного добровольного согласия на трансплантацию органов и (или) тканей человека, формы письменного информированного добровольного согласия на трансплантацию органов и (или) тканей человека»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести изменения в приказ Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от 29.08.2023 № 270 «Об утверждении новых типовых форм документов при оказании медицинских услуг»:
  - Изложить Приложение 26 в новой редакции, согласно Приложению к настоящему приказу.
2. Заведующему вычислительной техники Макарову Д.В. незамедлительно обеспечить внедрение утвержденных форм в медицинскую информационную систему.
3. Специалисту по связям с общественностью отдела регионального развития Ивановой М.Л. разместить текст настоящего приказа и типовые формы документов на официальном сайте Чебоксарского филиала [www.mntkcheb.ru](http://www.mntkcheb.ru).
4. Старшему специалисту по кадрам Ильиной Н.А. ознакомить с настоящим приказом указанных в нем лиц.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по лечебной работе Фролычева И.А.

Директор

Н.А. Поздеева

Приложение  
к приказу директора Чебоксарского филиала  
ФГБУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»  
им. акад. С.П. Федорова» Минздрава России  
от «07» ноября 2025г. № 204

### Письменное информированное добровольное согласие на трансплантацию органов и(или) тканей человека

Я \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество при наличии) реципиента)

Медицинская карта пациента (амбулаторная) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

дата рождения пациента  
(реципиента) \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации реципиента)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ **ВЫДАН**  
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

#### Этот раздел заполняется только на несовершеннолетних лиц, не достигших 18 лет, или совершеннолетних недееспособных граждан

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) одного из родителей или иного законного представителя реципиента)

дата рождения одного из родителей или иного законного представителя пациента  
(реципиента) \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации одного из родителей или иного законного представителя реципиента)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ **ВЫДАН**  
(наименование, серия и номер документа)

(сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являюсь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)  
в отношении пациента  
(реципиента) \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) реципиента)

дата рождения пациента  
(реципиента) \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

проживающей о по адресу: \_\_\_\_\_  
(в случае проживания не по адресу регистрации одного из родителей или иного законного представителя)

даю письменное информированное добровольное согласие на трансплантацию мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) органов и (или) тканей человека (далее - трансплантация) в Чебоксарском филиале Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия

глаза» имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее Учреждение) по поводу:

(основной диагноз)

и желаю получить следующие медицинские услуги в Учреждении:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги, без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
Итого:					

Итоговая сумма прописью:

(сумма прописью)

без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

**Объект трансплантации:** роговица

**Цели и метод медицинского вмешательства:** цель медицинского вмешательства - восстановление прозрачности роговицы, и/или улучшение зрительных функций, и/или восстановление её анатомической целостности, и/или предотвращение прогрессирования заболевания роговицы. Кератопластика выполняется с/без применения фемтосекундного лазера (FS). Метод вмешательства — кератопластика: сквозная, глубокая передняя послойная (DAIK), задняя послойная (DSIK), преддесцеметовая эндотелиальная (PDIK), десцеметовой мембраны с эндотелием (DMEK), лимбальная.

**Риск, связанный с медицинским вмешательством:** воспалительная реакция, повышение внутриглазного давления, кровоизлияние, несостоятельность швов, инфицирование, отторжение трансплантата, неприживление донорской ткани, васкуляризация роговицы, развитие помутнения хрусталика (катаракта), аллергические реакции, сосудистые нарушения (кровоотечение, тромбоз, окклюзия сосудов сетчатки, экспульсивная геморрагия, ретробульбарная гематома, ишемическая нейронатия), отслойка сосудистой оболочки, отслойка сетчатки, побочные эффекты от длительного применения кортикостероидов, необходимость повторного хирургического вмешательства, а также возможность отсутствия ожидаемого функционального эффекта.

**Последствия медицинского вмешательства:** послеоперационный период может сопровождаться временным снижением зрения, дискомфортом, болью в глазу или окологлазничной области, светобоязнью, слезотечением, необходимостью длительного медикаментозного лечения и регулярных врачебных осмотров. Возможны изменения кривизны роговицы (астигматизм), а также необходимость последующей коррекции зрения с помощью очков, контактных линз или дополнительного хирургического вмешательства, включая повторную кератопластику.

**Возможные осложнения для здоровья реципиента в связи с предстоящим медицинским вмешательством:** воспалительные заболевания (увеит, эндофтальмит, кератит, кератоувеит), развитие глаукомы, катаракты, дисфункция трансплантата, помутнение трансплантата, перфорация роговицы с полной потерей органа зрения, несостоятельность швов; осложнения могут привести к частичной или полной потере зрения, а также потребовать проведения повторной кератопластики или других медицинских вмешательств на оперированном глазу.

**Предполагаемые результаты медицинского вмешательства:** при благоприятном течении послеоперационного периода возможно улучшение прозрачности роговицы и улучшение остроты зрения, однако степень восстановления зрения зависит от исходного состояния глаза, сопутствующих заболеваний и течения послеоперационного периода.

**При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:**

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;
- Я информирован(а) об объеме, характере предлагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время проведения лечения;
- Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в лечение;

-Я предупрежден(а) о возможных рисках и преимуществах выбранного метода лечения. Мне разъяснено, и я осознал(а), что окончательный результат медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных физиологических особенностей организма и связанных с этим процессов заживления, и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время него.

-Я осведомлен(а) о том, что лечение может быть многоэтапным. Я информирован(а) о вероятности возникновения необходимости в дополнительном обследовании и/или лечении (в т.ч. хирургическое вмешательство) и/или консультации специалистов в процессе лечения и согласен(а) на все виды этих обследований, лечений и консультаций в необходимых объемах;

- Я информирован(а) о возможном изменении плана и объема лечения в процессе предоперационного осмотра и (или) оперативного вмешательства и даю на это своё согласие;

- Я осведомлен(а) что кроме основного заболевания у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) имеется сопутствующая патология, а именно:

---

(указать какие именно патологии, в случае отсутствия каких-либо патологий указать - нет)

- Я согласен(а) с тем, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, при проведении предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения, а также во время операции и в процессе послеоперационного лечения, даже в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований;

- Я понимаю, что возможные противопоказания к лечению могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/Учреждение не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) данного медицинского вмешательства;

- Мне даны разъяснения, что хирургическое вмешательство вызовет некоторый дискомфорт в оперируемой области, возможно возникновение боли в глазу и прилегающих тканях;

- Я предупрежден(а) по поводу того, что иногда в связи с тяжестью исходного состояния или при наличии у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) сопутствующих глазных или общих заболеваний (например, сахарного диабета, гипертонической, ишемической болезни, гематологических, иммунных заболеваний и т.п.) возможно изменение плана хирургического вмешательства, в т.ч. в момент проведения операции, многоэтапность хирургического лечения, нестандартное послеоперационное восстановление может потребовать дополнительного лечения и увеличить его сроки;

- Мне объяснено, и я понимаю, что во время проведения хирургического вмешательства и анестезии могут возникнуть обстоятельства, препятствующие выполнению данной операции, или выявится ситуация, требующая частичного или полного изменения плана лечения, плана операции, анестезии, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В такой ситуации я даю согласие и доверяю врачу (лечащему врачу, хирургу, анестезиологу-реаниматологу) и их ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния в том объеме, который определит лечащий врач и даю разрешение на привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо;

- Я понимаю, что до проведения операции при непрозрачности оптических сред, не во всех случаях возможно диагностическими исследованиями установить наличие других заболеваний глубже лежащих структур, которые могут оказать существенное влияние на остроту зрения после операции;

- Я поставлен(-а) в известность о том, что в связи с хирургическим вмешательством по поводу заболевания роговицы, не исключена возможность помутнения моего хрусталика (хрусталика лица, законным представителем которого я являюсь), что может потребовать его удаления как во время основной операции, так и в любые сроки после нее;

- Я даю добровольное согласие на местную анестезию при различных вмешательствах, если планом лечения не предусмотрено внутривенного, сочетанного или общего анестезиологического обеспечения. Я согласен(на) на проведение предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) лечения (хирургического вмешательства) при показаниях под анестезией (наркозом). О степени анестезиологического риска предупрежден. Я информирован (информирована) о целях, характере и

неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) делать во время его проведения;

- Я предупрежден о необходимости проведения в послеоперационном периоде регулярных консультаций и лечения у специалистов по имеющимся у меня глазным и общим заболеваниям;

- Мне разъяснены рекомендации по соблюдению послеоперационного режима: не давать большие зрительные нагрузки; физически не воздействовать на оперированный глаз – тереть его или нажимать; не поднимать тяжести; не засыпать лежа на стороне оперированного глаза; не пользоваться декоративной косметикой; не курить и не употреблять спиртные напитки.

(указать дополнительные, при необходимости)

- Я извещен(а) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;

- Я добросовестно предоставил(а) врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья (лица, законным представителем которого я являюсь), 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 сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я извещен(а) о том, что все вышеперечисленное может привести к снижению и даже потере зрения в послеоперационном периоде, мне разъяснено, что, в связи с этим может потребоваться дополнительное хирургическое лечение. Я осознаю, что для получения лучших результатов должен(а) до и после операции неукоснительно исполнять все рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, дальнейшего лечения и наблюдения в медицинском учреждении по месту жительства, рекомендаций по явкам на контрольные осмотры, консультации и лечение в Учреждение, и иные, влияющие на состояние здоровья и результат лечения;

- Я уведомлен(а), об обязанности соблюдения режима лечения (указаний, рекомендаций) назначенного медицинским работником, в том числе в период временной нетрудоспособности, а также о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или сказаться на состоянии здоровья;

- Я предупрежден(а) и осознаю, что в случае невыполнения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача или сокрытия противопоказаний для лечения Учреждение не несет ответственности за нежелательные последствия данного медицинского вмешательства;

- Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;

- Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Я согласен(а) на участие в рамках практической подготовки обучающихся - аспирантов Учреждения в оказании мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи, проведении обследования, на присутствие в процессе моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования врачей-ординаторов, а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов обследования в учебном процессе, на исключительно в медицинских или обучающих целях проведения научных исследований и публикаций в научных изданиях, с учетом сохранения врачебной тайны, под тщательным контролем со стороны штатных специалистов и проинформирован(а) о том, что на любом этапе обследования могу отказаться от участия врачей-ординаторов;

- Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимаю, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Учреждения. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксации результатов медицинского вмешательства. Я согласен(на) на проведение фото- и

видеосъемки во время обследования и публикацию фотографий моих глаз (глаз лица, законным представителем которого я являюсь) на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет;

- Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем по доверенности, при невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических исследований по каналам электронной почты по адресу:

(указать адрес электронной почты)

Врач-специалист, определенный для проведения медицинского вмешательства:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, квалификационная категория по специальности)

Лечащим врачом (врачом-специалистом):

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача либо врача-специалиста)

в доступной для меня форме предоставлена полная информация о целях, методах трансплантации органов и (или) тканей человека, связанном с ней риске, об объекте трансплантации, о возможных вариантах медицинского вмешательства в целях трансплантации органов и (или) тканей человека, о его последствиях, возможных осложнениях для здоровья реципиента в связи с предстоящим оперативным вмешательством, а также о предполагаемых результатах трансплантации.

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 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в том числе в процессе проведения предтрансплантационного кондиционирования).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, родителем (иным 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)

Я сообщит(а) лечащему врачу (врачу-специалисту) известные мне сведения о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, родителем (иным законным представителем) которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе о наличии аллергии (непереносимости), постоянном приеме лекарственных препаратов, употреблении алкогольной продукции, наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

#### Дополнительная информация:

- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) офтальмологического обследования и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех методов лечения;
- Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана лечения (в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических методов, необходимость в которых невозможно в полной мере предвидеть заранее), и, как следствие, изменение продолжительности и стоимости медицинских услуг;
- Со мною согласован и одобрен предложенный мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) план обследования и лечения, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения;
- Я согласен(а) на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных в соответствии с действующим законодательством;
- Я выражаю свое несогласие со следующими пунктами:

(указать при наличии)

- Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все

исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения при проведении операции и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства;

- Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях;

- Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия и был ознакомлен(а) до начала лечения;

- Я подтверждаю, что решение о получении мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли;

- Я информирован(а) о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в Учреждении, размещенных на сайте Учреждения и на бумажных носителях на информационных стендах Учреждения;

- Настоящее согласие подписано мною на приеме у врача после проведения разъяснительной беседы. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Пациент

(законный представитель пациента)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

В присутствии переводчика

(для иностранных граждан)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого лечения и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях. Пациент расписался в моем присутствии.

Врач-офтальмолог

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

### **Примечание:**

*В случаях, когда необходимость проведения диагностического обследования неотложна, а:*

*- отсутствуют законные представители лиц, не достигших совершеннолетнего возраста, или недееспособных граждан,*

*- состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, вопрос об обследовании в интересах Пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.*