**Додаток №2 до ДОГОВОРУ ОФЕРТИ**

**«Ознайомлення пацієнта з правилами та методами Процедури вітректомії та можливими наслідками»**

1. Ознайомившись з даним додатком до договору оферти, за власною ініціативою добровільно погоджуюсь на проведення мені Процедури задньої закритої вітректомії.

2. Я отримав(ла) усі необхідні роз’яснення з приводу мого захворювання, запропонованого лікування та можливих наслідків лікування. Мене ознайомили з правилами та методами, що будуть застосовані при проведенні процедури, а також з можливими наслідками.

3. Я зобов’язуюся надати усі документи про стан здоров’я, видані медичними установами України, та пройти медичне обстеження на предмет виявлення факторів, що можуть призвести до ускладнень в процесі проведення Процедури та в післяпроцедурний період, а також повідомити усі необхідні дані для встановлення протипоказань у проведенні Процедури.

4. Я зобов’язуюся дотримуватися та виконувати усі призначення та рекомендації Клініки.

5. Мені повідомили про можливість появи інших захворювань на прооперованому оці в подальшому житті, що не пов’язані з проведенням Процедури вітректомії, та про можливість ускладнень в процесі проведення Процедури та в післяпроцедурний період, пов’язаних з індивідуальною реакцією організму на оперативне втручання.

Можливі ускладнення під час операції:

а) експульсивна кровотеча з великих судин ока. Вірогідність 1:1000. Може призвести до втрати зору або ока.

б) ретинальні розриви. Ефективно усуваються лазерною коагуляцією.

в) ушкодження природнього кришталика. Ефективно усуваються імплантацією штучної інтраокулярної лінзи.

Можливі ускладнення після операції:

а) післяопераційний увеїт (значне негнійне запалення в середині ока). Вірогідність 1:100. Потребує тривалого інтенсивного лікування. Можливе зниження гостроти зору.

б) ендофтальміт (тяжке гнійне запалення в середині ока). Вірогідність 1: 50. Потребує інтенсивної протизапальної терапії. Можлива втрата зору або ока.

в) рецидив відшарування сітківки в ранньому та пізньому післяопераційному періоді. Вірогідність 1:20. Потребує ревізії вітреальної порожнини. Можливе зниження гостроти зору.

г) сильне неконтрольоване підвищення внутрішньоочного тиску (злоякісна глаукома). Вірогідність 1:1000. Потребує операції. Можлива втрата зору.

д) гіпотонія (знижений внутрішньоочний тиск), через витік рідини або не достатню герметичність розривів. Потребує ревізії операційної рани.

е) крововилив у вітреальну порожнину або сітківку. Потребує ревізії вітреальної порожнини.

є) прліферативна вітреоретинопатія (ПВР) – рубцювання та/або повторне відшарування сітківки. Потребує ревізії вітреальної порожнини. Можливе значне зниження зору.

ж) персистуючий макулярний отвір або епіретинальна мембранаю Потребує ревізії вітреальної порожнини.

з) утворення фіброваскулярних мембран (при діабетичнй ретинопатії)

і) катаракта. Реактивне помутніння кришталика. Потребує оперативного лікування – імплантації штучного кришталика.

6. Я проінформований(а) про можливість невідновлення гостроти зору у зв'язку з можливими змінами на очному дні.

7. Я проінформований(а) про те, що зір обох очей після операції буде відрізнятися.

8. Я проінформований(а) про те, що операція є ускладненим варіантом i проводиться без гарантій зорових функцій.

Даний додаток є невід’ємною частиною Договору оферти

Медичний центр

ТОВ «Клініка Зір»

10025, Україна, м. Житомир,

вул. Кибальчича, буд. 2/4 корп. «Б»

ЄДРПОУ 41960937

ІПН – не платник ПДВ

Ліцензія Наказ Міністерства охорони

здоров’я України 05.04.2018 № 622

р/р UA983006140000026008500308268

ПАТ « КРЕДІ АГРІКОЛЬ БАНК »

м. Житомир, МФО 300614

Петрикович С.Ф.