



OCCHIO: Destro Sinistro Entrambi

Io sottoscritto/a

Nato/a il/...../..... Nazionalità

Lingua parlata dichiaro di essere stato/a

informato/a dal Dott. e di avere letto e

compreso l'informazione scritta allegata, in modo comprensibile ed adeguato su:

·**la situazione clinica attuale: CATARATTA IN ETA' PEDIATRICA**,
che consiste in una opacizzazione del cristallino (cioè la lente oculare che
permette di vedere un'immagine perfettamente a fuoco) presente dalla
nascita o dai primi mesi o anni di vita;

·**il trattamento chirurgico consigliato per la guarigione o per
migliorare la prognosi:** asportazione chirurgica della cataratta, intervento
che si esegue in anestesia generale e consiste nell'aspirazione del cristallino
attraverso una incisione a livello corneale. Si cerca di lasciare il supporto
capsulare per impiantare una lentina intraoculare al momento dell'intervento
stesso o in un secondo momento. In genere si preferisce impiantare già al
momento dell'intervento nei bambini di età superiore ai due anni;

·**le alternative terapeutiche, a sostanziale parità di efficacia, e le
ragioni che motivano l'intervento:** non esistono alternative terapeutiche a
quella chirurgica;

·**le eventuali terapie da effettuare dopo l'intervento chirurgico
consigliato:** nei casi di cataratta monolaterale, dopo l'intervento potrebbe
essere necessario un periodo di occlusione dell'occhio sano. Tale occlusione
è di fondamentale importanza per garantire la stimolazione dell'occhio
operato e ridurre il danno legato all'ambliopia. L'ambliopia non è altro che il
cosiddetto occhio "pigro", cioè un occhio che anche con la migliore
correzione ottica non raggiunge il massimo dell'acutezza visiva. Inoltre, si
renderà necessaria una terapia topica con colliri antibiotici e steroidei
(cortisone) per ridurre il rischio di infezioni e di infiammazione postoperatoria;

·**i benefici attesi dall'intervento consigliato:** miglioramento della
prognosi visiva;

·**i disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili
dell'intervento:** dopo l'intervento si può manifestare una sensazione di
irritazione oculare, che può durare qualche giorno e si risolve
spontaneamente o comunque con l'uso dei colliri prescritti alla dimissione.
Saranno inoltre necessari dei controlli successivi che verranno effettuati in
sedazione. Possono inoltre rendersi necessari:



- altri interventi chirurgici o laser in caso di impianto di lente intraoculare non impiantata al primo intervento, aderenze legate all'infiammazione intraoculare postoperatoria, glaucoma postoperatorio, dislocazione della lente intraoculare,
- utilizzo di lenti a contatto o occhiali con lenti di spessore elevato,
- occlusione per lunghi periodi dell'occhio controlaterale nei casi di cataratta monolaterale o nei casi in cui il visus dei due occhi non dovesse essere uguale;

.i possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato:

- glaucoma (pressione intraoculare troppo elevata)
- infezione
- residui lenticolari
- reazione fibrotica con opacizzazione della capsula posteriore e del vitreo anteriore
- dislocazione della lente intraoculare
- reazioni infiammatorie marcate Queste complicanze possono richiedere un prolungamento della guarigione oltre che la necessità di ulteriori interventi chirurgici e/o terapie mediche.

·la possibilità di dover modificare o ampliare l'intervento, così come già programmato e autorizzato, di fronte a situazioni impreviste e al momento difficilmente prevedibili: in funzione delle diverse condizioni cliniche del paziente al momento dell'intervento, si potrebbe decidere di impiantare o non impiantare la lente intraoculare a seconda della situazione, così' come di procedere o meno alla capsulectomia posteriore e vitrectomia anteriore

·le prevedibili conseguenze della "non cura": ambliopia profonda con grave perdita funzionale del visus e impossibilità di recupero

Preso atto della situazione illustrata, chiedo ulteriori spiegazioni riguardo a:

.....
.....



CONSENSO

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto:

Do il consenso

Data _____

Padre / Tutore 1* Nome.....Cognome.....

Firma _____

Madre / Tutore 2* Nome.....Cognome.....

Firma _____

Firma del Medico _____

(timbro e firma leggibile)



a sottopormi all'intervento, dopo aver ricevuto adeguate informazioni dal Dott. _____ ed averle comprese. Sono stato altresì informato dallo stesso della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso all'esecuzione dell'atto sanitario proposto.

*In caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la patria potestà, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente la patria potestà, ovvero di essere l'unico esercente la patria potestà esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri. In caso di esercizio della patria potestà disgiunto sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti la patria potestà ovvero di procura notarile dell'esercente la patria potestà che non sottoscrive ovvero di dichiarazione con la quale si attribuisce la facoltà di sottoscrivere il consenso all'altro genitore munita di dichiarazione d'autenticità della firma.