



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 mia situazione clinica attuale: OSTRUZIONE DEL DOTTO NASOLACRIMALE** (condotto che decorre nella parete laterale del naso e sbocca nella parte inferiore del naso, rendendo possibile il normale defluire delle lacrime dall'occhio alle fosse nasali)

·**il trattamento chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi:** intervento di dacriocistorinostomia, che consiste nell'apertura del sacco lacrimale e dell'osso nasale nel tentativo di mettere in comunicazione direttamente il sacco lacrimale con il naso, facendo così defluire le lacrime. Viene lasciato nel naso un tubicino di silicone che verrà poi estratto senza alcuna anestesia con una semplice manovra dal naso.

·**le alternative terapeutiche, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che motivano l'intervento:** non esistono alternative alla chirurgia per questo tipo di patologia

·**le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento chirurgico consigliato:** terapia antibiotica sistemica (per bocca) in caso di dacriocistite (infezione del sacco lacrimale)

·**i benefici attesi dall'intervento consigliato:** riduzione o scomparsa della epifora, ovvero del caratteristico sintomo associato alla ostruzione dell'apparato lacrimale che consiste in una lacrimazione continua, e delle infezioni recidivanti che ne sono diretta conseguenza.

·**i disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento:**

- sanguinamento temporaneo dal naso
- terapia topica con colliri
- permanenza dei tubicini di silicone per 1-3 mesi o in alcuni casi potrebbe essere necessario lasciare i tubicini in sede per sempre

·**i possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato:**



- infezione postchirurgica
- inefficacia del trattamento (questo potrebbe richiedere un altro intervento)

·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: non ci sono situazioni che possano richiedere una modifica o ampliamento dell'intervento.

·le prevedibili conseguenze della “non cura”: persistenza della lacrimazione e di infezioni recidivanti con disidratazione cutanea palpebrale

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.