



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: PTOSI PALPEBRALE**, ovvero l'abbassamento della palpebra superiore monolateralmente o bilateralmente con conseguente riduzione del campo visivo più o meno grave

·**il trattamento chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi: intervento di sospensione del muscolo elevatore al muscolo frontale:** si esegue un taglio cutaneo a livello della palpebra superiore, si scollano i tessuti fino ad arrivare al tarso; a questo punto viene ancorato un tubicino di silicone che viene fatto passare attraverso tre incisioni a livello della fronte. In questa maniera il tubicino solleva la palpebra ad ogni movimento del muscolo frontale

·**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:** in caso di età inferiore agli 8 anni, potrebbe essere necessario un periodo di occlusione dell'occhio sano per evitare o cominciare già a trattare un'eventuale ambliopia. L'ambliopia non è altro che l'occhio "pigro", cioè un occhio che anche con la migliore correzione ottica non raggiunge il massimo dell'acutezza visiva.

·**i benefici attesi dall'intervento consigliato:** per i pazienti di età inferiore agli 8 anni, il beneficio è essenzialmente la riduzione del rischio di ambliopia e in taluni, il miglioramento dell'anomalia posturale. Nel caso di pazienti di età superiore agli 8 anni, il beneficio principale, oltre a quello estetico, è la riduzione dei disturbi visivi causati dalla ptosi della palpebra. Non è garantito un perfetto risultato estetico.

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

- ipercorrezione dell'apertura della rima palpebrale, in genere transitoria



- difficoltà transitoria della chiusura della rima palpebrale che si risolve spontaneamente nelle settimane successive
- asimmetria palpebrale con l'occhio controlaterale, che può richiedere un altro intervento
- necessita' di altri interventi chirurgici nei casi di complicanze indicate subito sotto

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

- ipercorrezione permanente dell'apertura della rima palpebrale
- difficoltà permanente della chiusura della rima palpebrale
- cheratite da esposizione
- estrusione del tubicino di silicone
- granuloma da corpo estraneo
- infezione dei tessuti
- distacco del tubicino di silicone con ricomparsa della ptosi

Queste complicanze comportano la necessità di un ulteriore intervento chirurgico, ma solo in rarissimi casi possono comportare conseguenze irreversibili.

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: l'assenza di un piatto tarsale idoneo alla sutura dei tubicini di silicone potrebbe rendere necessaria la modifica della tecnica chirurgica

le prevedibili conseguenze della "non cura": nel caso di bambini di età inferiore agli 8 anni, il rischio è quello di un'ambliopia (occhio pigro) irreversibile con una perdita funzionale del visus che non potrà mai più essere recuperata. Nel caso di pazienti di età superiore agli 8 anni, il problema diventa estetico e funzionale in termini di difficoltà visive legate alla presenza della palpebra e delle ciglia nel campo visivo

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.