



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: STRABISMO

·l'accertamento consigliato per la diagnosi: visita oculistica e studio della motilità oculare

·il trattamento chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi: a seguito della correzione ottica e dell'occlusione eventualmente necessarie prima dell'intervento, si interviene chirurgicamente sui muscoli oculari estrinseci spesso bilateralmente. L'intervento può essere eseguito su uno o più muscoli a seconda del tipo di strabismo. Viene eseguito un taglio congiuntivale, il muscolo viene isolato, ancorato e recesso o resecato a seconda del piano chirurgico. La congiuntiva viene poi suturata con suture riassorbibili. Per correggere una deviazione oculare esistono due possibilità: o indebolire i muscoli che funzionano troppo (**Recessione**), o rinforzare quelli che sono invece ipofunzionanti (**Resezione**). In realtà esistono anche altri interventi più complessi, ma che alla fine hanno sempre lo scopo di normalizzare e riequilibrare la muscolatura dell'occhio. E' possibile anche effettuare una **iniezione di tossina botulinica** al fine di provare ad evitare la chirurgia o di valutare l'efficacia di una eventuale chirurgia. La scelta del tipo di intervento è dettata dalle caratteristiche dello strabismo, e per ogni paziente viene valutato dal chirurgo sia il tipo che l'entità ottimali dell'intervento da eseguire. L'intervento viene eseguito in anestesia generale in età pediatrica; in età adulta viene invece discusso con il paziente il tipo di anestesia.

·le alternative terapeutiche, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che motivano l'intervento: attualmente il trattamento efficace indicato e' quello chirurgico

·le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento medico o chirurgico consigliato: correzione ottica e occlusione nei casi di presenza di difetti di vista e di ambliopia (occhio pigro) di un occhio

·i benefici attesi dall'intervento consigliato: la riduzione della deviazione oculare, il ripristino della visione binoculare nelle forme di



strabismo acquisito e la riduzione o scomparsa della diplopia (visione doppia delle immagini) se già presente

·i disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento: rossore oculare, sensazione di corpo estraneo, lacrimazione, diplopia transitoria per qualche settimana, a volte dolore sono i disagi più comuni che si risolvono spontaneamente

·i possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato: diplopia transitoria o permanente con necessità di successiva terapia con prismi; ptosi palpebrale, ipocorrezione o ipercorrezione dello strabismo, perforazione retinica, infezione. Tutte queste complicanze possono richiedere la necessità di uno o più interventi chirurgici successivi;

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: nei reinterventi, negli strabismi conseguenza di paralisi o restrizioni meccaniche muscolari. In questi casi, infatti ci si può trovare di fronte a muscoli alterati o posti in posizione diversa da quella programmata.

le prevedibili conseguenze della "non cura": la scelta di non sottoporsi all'intervento chirurgico comporta la persistenza della diplopia laddove presente, l'impossibilità di ripristinare una visione binoculare anche solo periferica, e problematiche estetiche con possibili importanti ripercussioni psicologiche.

L'intervento non ha finalità estetiche

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.