



AMBULATORIO DI CHIRURGIA OCULARE

"SANTA LUCIA" s.r.l.

SOCIETA' UNINOMINALE

DIRETTORE SANITARIO: Prof. Vincenzo Sarnicola

Via Mazzini, 60 58100 Grosseto

tel. 0564.414775 fax 0564.425691

AUT.COMUNALE N. 43 DEL 29/07/2004



CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTI DI CHIRURGIA RETINICA O VITREORETINICA

Consegnato il.....Firma.....

La informiamo di essere affetto da una patologia a carico dell'occhio e più precisamente del segmento posteriore.

Questo comparto delicatissimo comprende l'elemento più nobile dell'occhio, la retina, un tessuto costituito da fibre nervose, sensibile alla luce e deputato a raccogliere le immagini del mondo esterno per trasmetterle al cervello.

Il fatto stesso che tutte le altre componenti dell'occhio esistono per mantenere la funzione della retina, servendo ad inviare ad essa la luce (cornea e cristallino) o come fonte di nutrimento (uvea) o come mezzi di protezione (cornea e sclera), fanno capire l'importanza della patologia retinica.

Il distacco del tessuto retinico dalla sua normale sede anatomica e la separazione delle fibre nervose dal loro substrato nutrizionale può portare ad un danno permanente anche in caso di successo dell'intervento.

Sul recupero visivo non è possibile fare previsioni precise, in quanto entrano in gioco numerosi fattori quali l'epoca di insorgenza della malattia, le condizioni di salute generale e la capacità individuale di restituire una funzione a connessioni e vie nervose sconvolte della malattia.

Nel segmento posteriore è inoltre presente una struttura anch'essa molto delicata: il vitreo.

I rapporti di stretta dipendenza tra vitreo e retina ne fanno un complesso funzionalmente indipendente in modo che la patologia dell'uno spesso coinvolge l'altro e viceversa.

Non sempre il distacco retinico è risolvibile con trattamenti dall'esterno; i casi più complessi richiedono l'applicazione di tecniche di chirurgia vitreoretinica che permettono, agendo dall'interno dell'occhio, la sostituzione del vitreo patologico e/o non più trasparente e il riposizionamento della retina.

Questa chirurgia mira alla ricostruzione di situazioni anatomiche molto compromesse per cui durante l'intervento possono rendersi necessarie variazioni del programma operatorio prefissato, quali ad esempio l'asportazione del cristallino, anche trasparente, l'utilizzo di mezzi tamponanti (olio di silicone, gas, liquidi pesanti) che in alcuni casi necessitano di un successivo intervento di rimozione.

Le caratteristiche tecniche dell'intervento non permettono la sua interruzione per informare il paziente o i familiari ed ottenere il consenso ad eventuali varianti.

Nei successivi controlli possono risultare necessari, al fine di consolidare il risultato anatomico conseguito, trattamenti laser.

Il suo oculista è disposto a rispondere ad ulteriori sue domande.

La legge obbliga il medico a fornire una prova di aver informato il paziente.

Quindi Le chiediamo di firmare questo documento (formato di numero 2 pagine) in duplice copia, di cui una viene conservata dal suo medico.

Gentile Signore/a io sottoscritto Prof. Vincenzo Sarnicola durante il nostro precedente colloquio avvenuto il le ho fornito informazioni circa il fatto che per la patologia da cui Lei è affetto/a si rende necessario effettuare l'intervento chirurgico di per il quale le ho prospettato: le finalità e le modalità di esecuzione, i benefici attesi, gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze, le alternative diagnostiche e terapeutiche attualmente esistenti.

Firma e timbro del medico.....

Io sottoscritto/a in qualità di esercente la potestà/tutore sul minore dichiaro di essere stato/a ampiamente informato /a dal Prof. Vincenzo Sarnicola circa il trattamento propostomi, le finalità e le modalità di esecuzione, i benefici attesi, gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze, le alternative diagnostiche e terapeutiche attualmente esistenti.

La mia firma su questo documento significa che:

- **Ho compreso le spiegazioni fornitemi**
- **Ho avuto la possibilità di formulare domande di chiarimento**
- **Ho avuto tempo sufficiente per una personale riflessione prima di firmare il presente modulo**

Premesso questo, dichiaro di acconsentire ad essere sottoposto all'intervento chirurgico suddetto.

Firma del paziente/esercente la patria potestà/tutore

.....

Data