

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 ALL'INTERVENTO DI CHERATECTOMIA CON LASER

AD ECCIMERI DEL SIG.

Consegnato il Firma

Documento elaborato dalla Soi (Societa' Italiana Oftalmologica)

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

io sottoscritto: _____

nato a: _____

il: _____

e residente a: _____

in pieno possesso delle mie facoltà mentali, acconsento a sottopormi all'intervento di chirurgia refrattiva mediante laser a eccimeri, dopo essere stato edotto delle caratteristiche dell'intervento ed avere attentamente valutato, sulla base di quanto ampiamente illustrato e riassunto in uno specifico memorandum da me sottoscritto per presa visione (ed allegato al presente consenso informato), i possibili vantaggi così come gli eventuali rischi generici e specifici dell'intervento stesso.

Dichiaro al riguardo di essere stato posto a conoscenza tra l'altro:

- delle sensazioni di abbagliamento e/o fotofobia che accompagnano le prime fasi post-operatorie;
- della possibilità di complicanze generiche e specifiche riguardanti l'intervento;
- delle conseguenze derivanti da mia eventuale negligenza relativamente ai consigli sulle pratiche post-operatorie prescritte all'occorrenza dal chirurgo nel corso dei controlli post-operatori, che saranno programmati e a cui debbo attenermi;
- che i vantaggi saranno connessi con la riduzione del potere delle lenti per l'occhiale, con la loro utilizzazione solo in condizioni particolari o con la loro possibile totale eliminazione.

Dichiaro che mi è stata data la possibilità di porre domande riguardo alle problematiche relative a questo intervento, ricevendo dal medico risposte precise, chiare ed esaurienti.

Dichiaro inoltre ed in particolare, essendo stato informato che fattori estranei alla mano del chirurgo ed alla precisione del laser possono comunque influenzare la guarigione e quindi il risultato, con la conseguenza dell'impossibilità di formulare una previsione assoluta circa la correzione ottica raggiungibile, di sollevare fin da ora l'operatore, fermo il suo dovere professionale di diligenza, da

responsabilità civili di qualsiasi ordine in relazione ad un mancato conseguimento parziale o totale del risultato.

Sono a conoscenza che la mia acuità visiva, prima del trattamento, è pari a:

OD _____/_____ naturali; _____/_____ con _____ sf _____ cyl ax _____

OS _____/_____ naturali; _____/_____ con _____ sf _____ cyl ax _____

Tale capacità visiva, come mi è stato spiegato, dipende dalle condizioni globali del mio apparato visivo. Il trattamento fotoablativo consentirà nella migliore delle ipotesi il mantenimento della stessa acutezza visiva massima pre-operatoria con correzione ottica o nei casi più favorevoli senza alcuna correzione.

Il trattamento fotorefrattivo, tuttavia, non può prevenire eventuali modificazioni o deterioramenti dell'acutezza visiva causati da una successiva modificazione del difetto refrattivo o da altra patologia.

Dichiaro di essere a conoscenza e disponibile ad eventuali ritrattamenti che fossero necessari, a discrezione del chirurgo, per tentare di ridurre eventuali residui refrattivi e/o cicatriziali.

INTERVENTO: OD <> OS <> PRK <> LASIK <>

Data: _____ Firma leggibile: _____

Note:
.....
.....

INTERVENTO: OD <> OS <> PRK <> LASIK <>

Data: _____ Firma leggibile: _____

Note:
.....
.....

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 il presente consenso, approvato dalla commissione tecnico-scientifica per lo studio della responsabilità professionale in oftalmologia SOI-AMOI, composto (unitamente al promemoria allegato) di numero 8 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 **cheratectomia con laser ad eccimeri** 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**

Firma del paziente/esercente la patria potestà/tutore

.....

Data