



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



## MODULO DI CONSENSO PER AUTOTRAPIANTO DI LIMBUS RICCO DI CELLULE STAMINALI CORNEALI IN PTERIGIO

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

Gentile Signore/a,

Io sottoscritto/a Prof./Dott. Vincenzo Sarnicola, durante il nostro precedente colloquio, Le ho fornito informazioni circa il fatto che la patologia oculare da cui Lei è affetto/a .....

può essere trattata attraverso una tecnica d'impianto di parti di limbus proveniente dallo stesso occhio o dall'occhio adelfo .

Tale nuovo trattamento consiste nel prelievo di circa 3 x 4mm. della porzione più superficiale del limbus congiuntivo sclero corneale .

Il trattamento propostoLe è stato fino ad ora applicato con successo su centinaia di pazienti, in alcuni tra i più importanti centri mondiali.

### Aspetti tecnico-procedurali del prelievo di limbus :

Verrà effettuato un prelievo indolore di 3 x 4 mm., nella porzione superficiale del Suo limbus . La zona di prelievo guarirà nell'arco dei 30 giorni successivi.

**RISCHI :** la letteratura scientifica non ha documentato finora alcun rischio specifico connesso con l'applicazione di tale tecnica.

I rischi sono generici e comunque riferibili a quelli associati ad un qualsiasi tipo di procedura chirurgica.

**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 **autotrapianto di limbus in pterigio** 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 .....