



## INFORMATIVA INTERVENTO DI ASPORTAZIONE DI CALAZIO

DEL SIG.....

CONSEGNATO IL.....FIRMA.....

DOCUMENTO ELABORATO DALLA S.O.I. (SOCIETÀ OFTALMOLOGICA ITALIANA)

Gentile Signora, Signore,

Lei soffre di un calazio palpebrale.

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è proposto, sui risultati e sui rischi.

Tutte le espressioni tecniche utilizzate è bene che siano accompagnate da un'ampia descrizione verbale di chiarimento. Quindi Lei è invitato a chiedere tutte le spiegazioni necessarie sui termini che non Le sono chiari.

La sua patologia visiva si chiama \_\_\_\_\_

Il trattamento che le viene proposto è \_\_\_\_\_

Il responsabile del trattamento chirurgico è \_\_\_\_\_

### **Il Calazio**

Si tratta di una alterazione ed infezione delle ghiandole lacrimali congiuntivali che sono presenti nello spessore della palpebra. Queste ghiandole secernono normalmente alcuni componenti della lacrima. L'infiammazione di queste ghiandole porta al rigonfiamento delle stesse e della palpebra circostante.

### **L' intervento chirurgico**

L'anestesia consiste in una iniezione palpebrale di anestetico nella regione interessata, nell'incisione del tessuto palpebrale e nell'asportazione e pulizia della ghiandola infiammata; quasi sempre è necessario apporre punti di sutura. L'occhio verrà bendato per qualche ora.

### **Decorso postoperatorio**

Nelle ore postoperatorie è possibile dolore, fastidio, sensazioni di corpo estraneo. Il gonfiore palpebrale è quasi sempre presente; è necessario qualche giorno per la sua riduzione completa. Sarà necessario dopo qualche giorno rimuovere i punti di sutura.

Le cure locali postoperatorie consistono nell'istillazione di colliri o nella somministrazione di pomata secondo modalità e per un periodo di tempo che le saranno spiegate dal chirurgo.

### **Tecniche alternative**

Le terapie farmacologiche a base di antibiotici e cortisonici possono portare alla risoluzione solo in forma lieve .

### **Mancato intervento**

La mancata asportazione del calazio, oltre all'inestetismo, comporta la presenza di un focolaio infettivo con le possibili complicazioni ad esso legate.

### **Le complicanze**

Trattandosi di un intervento chirurgico sono possibili complicanze intra e post-operatorie.

Le complicanze intraoperatorie gravi sono:

- lesioni palpebrali (rarissima)

Meno gravi:

- emorragia palpebrale
- possibile non asportazione completa del calazio con necessità di reintervento.

Le complicanze postoperatorie gravi:

- cicatrice palpebrale

Meno gravi

- emorragia palpebrale

L'oculista è disposto a rispondere a qualsiasi altro quesito che Lei vorrà porgli.

E' obbligatorio per il medico metterle a disposizione le suddette informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi all'intervento chirurgico. La firma da parte Sua di questo documento vuole essere la conferma per il medico di avere fornito tali informazioni in maniera che Lei ritiene adeguata e comprensibile e di aver soddisfatto ogni Sua domanda e non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.

ATTENZIONE!

- 1) Il calazio è una patologia che interessa le ghiandole della palpebra
- 2) L'intervento di rimozione del calazio non è sempre definitivo perché la patologia può recidivare

Il sottoscritto paziente (Cognome e Nome in stampatello) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ **Firma leggibile** \_\_\_\_\_

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni (medico) \_\_\_\_\_

Firma di chi ha fornito le informazioni \_\_\_\_\_

LA PRESENTE INFORMATIVA E' STATA APPROVATA DALLA SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA SOI-AMOI ENTE MORALE RICONOSCIUTO DAL MINISTERO DEI BENI CULTURALI

.Gentile Paziente,

la SOI, Società Oftalmologica Italiana, riconosciuta come ente morale dal Ministero dei Beni Culturali, richiede nel suo interesse che prima di sottoporsi all'intervento, lei riceva le necessarie informazioni e firmi il consenso all'intervento.

E' quindi invitato a leggere accuratamente il presente scritto e consegnarlo firmato prima dell'atto operatorio.

### **ATTO DI CONSENSO ALL'INTERVENTO DI CALAZIO**

ð OCCHIO DESTRO

ð OCCHIO SINISTRO

IN ANESTESIA

ð LOCALE PALPEBRALE

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

acconsento a sottopormi all'intervento di calazio, dopo essere stato edotto delle caratteristiche dell'intervento ed avere valutato, sulla base di quanto ampiamente illustrato e riassunto in una specifica informativa da me sottoscritta per presa visione e facente parte integrante della presente dichiarazione di consenso, 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 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;
- della possibilità di porre domande riguardo alle problematiche relative a questo intervento rilasciatemi dal

Dott./Prof. \_\_\_\_\_

Firma del Dott./Prof. \_\_\_\_\_

Che ha rilasciato spiegazioni su

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_A  
ffermo infine di avere letto e compreso perfettamente tutto ciò che mi viene spiegato e che tutti gli spazi in bianco sono stati completati (o sbarrati) prima della mia firma.

Cognome e Nome

del paziente

del tutore del paziente inabilitato;

dei genitori del paziente minorenne esercenti la patria potestà

in stampatello \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ **Firma del Paziente/tutore/genitore** \_\_\_\_\_

Firma dell'altro genitore. \_\_\_\_\_

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.

Nome di chi riceve la dichiarazione di consenso (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma di chi riceve \_\_\_\_\_