



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



ISO 9001/2000

MODULO DI CONSENSO PER INNESTO DI MEMBRANA AMNIOTICA

Consegnato il Firma

Gentile Signore/a,

Io sottoscritto/a Prof. 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'innesto di membrana amniotica .

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

La membrana amniotica (amnios)

La membrana amniotica è lo strato più interno della placenta. E' composta da una membrana basale spessa e da una matrice stromale avascolare. **E' priva di immunogenicità, cioè non è capace di scatenare reazioni di rigetto.**

La sua membrana basale è un substrato ideale per fare da supporto alla crescita di cellule progenitrici dell'epitelio corneale e congiuntivale.

La sua faccia stromale, per proprietà intrinseche, ha la capacità di ridurre la cicatrizzazione, ha azione antinfiammatoria e mitiga la neovascolarizzazione corneale.

Per tali motivi, la membrana amniotica viene utilizzata per la ricostruzione della superficie congiuntivale, nella ricostruzione dei fornici e per la ricostruzione della superficie corneale nelle ulcere, nel descemetocoele, nel deficit limbare, nella cheratoplastica bollosa.

RISCHI: 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 **innesto di membrana amniotica** 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 al trapianto di congiuntiva per la cura della mia malattia.

Firma del paziente/esercente la patria potestà/tutore

.....

Data