



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 INTERVENTO DI CAPSULOTOMIA LASER

DEL SIG.....

Documento Elaborato dalla SOI (Società Oftalmologica Italiana)

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

Gentile Signora, Signore,

Lei soffre di una opacizzazione dell'involucro (capsula) che avvolge parzialmente il suo cristallino artificiale. Esso è responsabile di un calo della acuità visiva e di una difficoltà di controllo del suo fondo oculare.

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 \_\_\_\_\_

### L'opacità secondaria della capsula

L'opacizzazione della capsula (l'involucro del cristallino) avviene in circa il 30% dei casi negli anni seguenti all'operazione della cataratta. L'intervento di cataratta ha volontariamente lasciato al suo posto la capsula del suo cristallino. Questa capsula, che avvolge il cristallino artificiale nei mesi ed anni successivi all'intervento di cataratta, può perdere la sua trasparenza perché alcune cellule all'interno proliferano sulla superficie. Il laser ha la funzione di rimuovere questa opacità creata da queste cellule.

### L'intervento laser

L'intervento (capsulotomia) si effettua in ambulatorio: il paziente è seduto davanti all'apparecchio laser. Un'anestesia oculare locale con gocce rende possibile l'applicazione di una lente sull'occhio utile per focalizzare il raggio laser.

Il trattamento è rapido ed indolore. Generalmente basta una sola seduta.

### **Interventi alternativi**

Poiché i colliri non sono in grado di guarire una opacità secondaria e poiché un intervento chirurgico può comportare maggiori difficoltà organizzative, oltre che operatorie, il laser è la tecnica preferita

### **Decorso postoperatorio**

Dopo l'intervento è possibile un certo grado di irritazione o d'infiammazione oculare, la percezione di mosche volanti e una sensibilità accresciuta alla luce .

Le cure consistono nell'instillazione di gocce e nell'eventuale assunzione di compresse per un periodo che sarà precisato dal suo oculista.

### **Mancato intervento**

Non eseguendo questo intervento, la capacità visiva è destinata a diminuire, anche se non in maniera irreversibile, in quanto l'intervento può essere ragionevolmente procrastinato senza comprometterne il risultato.

La presenza di una cataratta secondaria impedisce una buona visione della retina rendendo difficoltosa o addirittura impossibile la diagnosi di eventuali patologie retiniche.

### **Le complicanze**

Trattandosi di un intervento laser, sono possibili complicanze intraoperatorie e postoperatorie cioè che si verificano durante o dopo l'operazione.

Complicanze intraoperatorie sono molto rare:

- alterazione del cristallino artificiale a causa del laser
- dislocazione del cristallino artificiale

Complicanze postoperatorie gravi:

- un edema retinico centrale: può richiedere prolungati trattamenti terapeutici e può comportare un calo della vista
- un distacco della retina: è possibile ma molto raro; comporta un intervento chirurgico per riaccollare la retina

Complicanze postoperatorie meno gravi:

- un processo infiammatorio oculare: moderato e transitorio
- un aumento della pressione intra-oculare transitorio è frequente
- un aumento permanente e duraturo è molto raro
- spostamento del cristallino artificiale impiantato al momento dell'intervento iniziale: è molto raro, può essere necessario un intervento per riposizionarlo.
- recidiva dell'opacizzazione della capsula: è rara e rende necessario un secondo intervento laser.

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) La capsula che si è opacizzata ha il compito di avvolgere e contenere il cristallino artificiale.
- 2) Il laser è in grado di rimuovere l'opacità
- 3) Possono comparire delle "mosche volanti" dopo l'esecuzione del laser
- 4) Non esistono dei colliri per rimuovere l'opacità

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 CAPSULOTOMIA LASER*

INTERVENTO     OCCHIO DESTRO     OCCHIO SINISTRO

IN ANESTESIA     TOPICA

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

**acconsento** a sottopormi all'intervento di capsulotomia laser, 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

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

Affermo 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 minorenni 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 la dichiarazione di consenso (non necessariamente Dott) \_\_\_\_\_