

**CONSENSO INFORMATO  
CORREZIONE DEL BLEFAROSPASMO**

*Unità Operativa di Oculistica  
Università degli Studi di Milano  
Prof. Paolo Nucci*

Barcode

**OCCHIO:**  Destro  Sinistro  Entrambi

Io sottoscritto/a ..... Nato/a il ...../...../.....  
Nazionalità ..... Lingua parlata .....  
dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dott. .... e di avere letto e  
compreso l'informazione scritta allegata, in modo comprensibile ed adeguato su:

- la mia situazione clinica attuale:** BLEFAROSPASMO
- l'accertamento consigliato per la diagnosi:** visita oculistica e studio della motilità oculare
- il trattamento chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi:** Si effettua una **iniezione di tossina botulinica** al di sopra del sopracciglio e al di sotto della palpebra inferiore in 4 punti per un totale di 0.6ml
- le alternative terapeutiche, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che motivano l'intervento:** attualmente è l'unico trattamento efficace.
- le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento medico o chirurgico consigliato:** nessuna
- i benefici attesi dall'intervento consigliato:** la riduzione del blefarospasmo
- i disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento:** diplopia transitoria per qualche settimana e ptosi della palpebra superiore sono i disagi più comuni che si risolvono generalmente spontaneamente. Si precisa inoltre che per tale patologia sono richieste più somministrazioni ad intervalli di 3-6 mesi.
- i possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato:** diplopia e ptosi palpebrale transitorie, raramente persistenti. Tutte queste complicanze possono richiedere la necessità di uno o più interventi chirurgici successivi; infezione.
- la possibilità di dover modificare o ampliare l'intervento, così come già programmato e autorizzato, di fronte a situazioni impreviste e al momento difficilmente prevedibili:** no
- le prevedibili conseguenze della "non cura":** la scelta di non sottoporsi all'intervento chirurgico comporta la persistenza del problema. Si precisa inoltre che per tale patologia sono richieste più somministrazioni ad intervalli di 3-6 mesi

Preso atto della situazione illustrata, chiedo ulteriori spiegazioni riguardo a:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**CONSENSO INFORMATO  
CORREZIONE DEL BLEFAROSPASMO**

Unità Operativa di Oculistica  
Università degli Studi di Milano  
Prof. Paolo Nucci

Barcode

**CONSENSO**

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

<input type="checkbox"/> <b>Do il consenso</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non do il consenso</b>
Data _____	Data _____
Firma _____ Paziente/tutore/genitore*	Firma del Paziente/tutore/genitore* _____
Firma del Medico _____ <i>(timbro o matricola e firma leggibile)</i>	Firma del Medico _____ <i>(timbro o matricola e firma leggibile)</i>

a sottopormi all'intervento, dopo aver ricevuto adeguate informazioni dal Dott. \_\_\_\_\_  
ed averle comprese.

Sono stato altresì informato dallo stesso della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso all'esecuzione dell'atto sanitario proposto.

Dati del dichiarante:

- paziente
- tutore del paziente inabilitato;
- genitori del paziente minorenni esercenti la patria potestà

in stampatello riportare nome e cognome e data di nascita del dichiarante, se diverso dal paziente \_\_\_\_\_

\*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.

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

Indicare il nominativo dell'eventuale mediatore / interprete utilizzato \_\_\_\_\_