

**CONSENSO INFORMATO  
PLICATURA O RESEZIONE DEL MUSCOLO  
ELEVATORE DELLA PALPEBRA***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 situazione clinica attuale:** PTOSI PALPEBRALE, ovvero l'abbassamento della palpebra superiore monolateralmente o bilateralmente con conseguente riduzione del campo visivo più o meno grave;
- il trattamento chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi:** intervento di plicatura o resezione del muscolo elevatore della palpebra (si esegue un taglio a livello della palpebra superiore fino a raggiungere il tarso, si scollano i tessuti fino ad evidenziare il muscolo elevatore della palpebra, il muscolo viene poi plicato o resecato in modo tale da sollevare la palpebra);
- le alternative terapeutiche, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che motivano l'intervento:** non esistono alternative alla chirurgia per questo tipo di patologia;
- le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento chirurgico consigliato:** in caso di età inferiore agli 8 anni potrebbe essere necessario un periodo di occlusione dell'occhio sano per evitare o cominciare già a trattare un'eventuale ambliopia (l'ambliopia non è altro che l'occhio "pigro", cioè un occhio che anche con la migliore correzione ottica non raggiunge il massimo dell'acutezza visiva);
- i benefici attesi dall'intervento consigliato:** nel bambino di età inferiore agli 8 anni il beneficio più importante è la riduzione del rischio di ambliopia e poi quello estetico; nei pazienti di età superiore agli 8 anni il beneficio, oltre a quello estetico, è la riduzione dei disturbi visivi causati dalla ptosi;
- i disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento:**
  - ipercorrezione dell'apertura della rima palpebrale in genere transitoria,
  - difficoltà transitoria della chiusura della rima palpebrale,
  - asimmetria palpebrale con l'occhio controlaterale;
- i possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato:**
  - ipercorrezione permanente dell'apertura della rima palpebrale,
  - difficoltà permanente della chiusura della rima palpebrale,
  - cheratite da esposizione,
  - infezione dei tessuti,
  - recidiva con necessità di altri interventi chirurgici analoghi;
- 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:** nei casi in cui il muscolo elevatore della palpebra non fosse sufficientemente funzionante, si renderebbe necessaria una tecnica chirurgica diversa che prevede la sospensione del muscolo della palpebra al muscolo frontale;

**CONSENSO INFORMATO  
PLICATURA O RESEZIONE DEL MUSCOLO  
ELEVATORE DELLA PALPEBRA**

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

Barcode

- **le prevedibili conseguenze della “non cura”:** nei bambini di eta' inferiore agli 8 anni il rischio e' quello di una ambliopia irreversibile (occhio pigro) con una perdita funzionale del visus che non potra' mai piu' essere recuperata. In caso di eta' maggiore di 8 anni il problema diventa estetico e funzionale in termini di difficolta' visive legate alla presenza della palpebra e delle ciglia nel campo visivo.

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

.....

.....

.....

.....

**CONSENSO INFORMATO  
PLICATURA O RESEZIONE DEL MUSCOLO  
ELEVATORE DELLA PALPEBRA***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 \_\_\_\_\_