

**CONSENSO INFORMATO
SONDAGGIO DELLE VIE LACRIMALI**

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

Barcode

OCCHIO: Destro Sinistro Entrambi

Io sottoscritto/a Nato/a il/...../.....

NazionalitàLingua 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:** OSTRUZIONE DEL DOTTO NASOLACRIMALE
- il trattamento chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi:** sondaggio delle vie lacrimali, intervento eseguito in sedazione che consiste nel passaggio di un sondino nelle vie lacrimali per interrompere l'ostruzione.
- le alternative terapeutiche, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che motivano l'intervento:** non esistono alternative terapeutiche a quella chirurgica
- le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento chirurgico consigliato:** terapia antibiotica topica (gocce oculari) e massaggio idrostatico. Il massaggio consiste in pressioni dall'alto verso il basso lungo il naso a livello del sacco lacrimale.
- i benefici attesi dall'intervento consigliato:** riduzione o scomparsa della epifora (lacrimazione), della secrezione, delle infezioni recidivanti, tutte conseguenze dell'ostruzione delle vie lacrimali. Tale risultato e' correlato alle eventuali anomalie anatomiche delle vie lacrimali e all'eta' alla quale viene effettuato l'intervento: se effettuato dopo i 12 mesi di eta' le possibilita' di successo si riducono.
- i disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento:**
 - sanguinamento temporaneo dal naso
 - terapia topica con colliri
 - necessita' di altri sondaggi o di intervento di intubazione delle vie lacrimali o di dacriocistorinostomia: in caso di fallimento dei sondaggi si deciderà di eseguire una intubazione delle vie lacrimali. Nei casi di fallimento dell'intubazione si passerà alla dacriocistorinostomia.
- i possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato:**
 - creazione di false vie: invece di passare attraverso il dotto nasolacrimale e fuoriuscire dal meato inferiore si può creare una via diversa.
 - inefficacia del trattamento nei casi di anomalie anatomiche, età maggiore dei dodici mesi o ipertrofia marcata della muscosa del dotto nasolacrimale
 - lacerazione dei puntini lacrimali: passando con lo strumento per rompere l'ostruzione può succedere che si crei una lacerazione dei puntini lacrimali. Tale situazione però si risolve spontaneamente.

CONSENSO INFORMATO SONDAGGIO DELLE VIE LACRIMALI

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

Barcode

Tali complicanze possono richiedere la necessità di ulteriori interventi chirurgici

- 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:** nessuna
- le prevedibili conseguenze della "non cura":** persistenza della lacrimazione e di infezioni recidivanti con conseguente disidratazione cutanea palpebrale e necessità di interventi sempre più invasivi per tentare di risolvere il problema

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

.....

.....

.....

.....

.....

**CONSENSO INFORMATO
SONDAGGIO DELLE VIE LACRIMALI**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"/> Do il consenso	<input type="checkbox"/> Non do il consenso
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 _____