

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:** BLEFAROFIMOSI, ovvero il restringimento marcato della rima palpebrale che spesso si associa a ptosi e che può comportare una riduzione del campo visivo più o meno grave
- il trattamento chirurgico consigliato per il miglioramento funzionale:** intervento con tecnica di Roveda: si esegue un taglio cutaneo a livello del canto interno bilateralmente, con escissione cutanea e plastica per medializzare il canto interno.
- 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:** non sono necessarie terapie prima dell'intervento chirurgico eccetto la terapia antiambliopica nei casi in cui sia richiesta
- i benefici attesi dall'intervento consigliato:** il beneficio più importante è il miglioramento funzionale seguito da quello estetico, che comunque dipende dalle condizioni iniziali, prevedendo una cicatrice comunque visibile nell'area operata.
- i disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento:**
 - ipercorrezione o ipocorrezione
 - difficoltà transitoria della chiusura della rima palpebrale che si risolve spontaneamente nelle settimane successive
 - asimmetria palpebrale con l'occhio controlaterale, che può richiedere un altro intervento
 - necessità di altri interventi chirurgici nei casi di complicanze indicate subito sotto
- i possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato:**
 - cicatrice postoperatoria evidente
 - cheratite da esposizione
 - granuloma da corpo estraneo
 - infezione dei tessuti

Queste complicanze comportano la necessità di un ulteriore intervento chirurgico, ma solo in rarissimi casi possono comportare conseguenze irreversibili.

**CONSENSO INFORMATO
BLEFAROFIMOSI**

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

Barcode

- le prevedibili conseguenze della “non cura”:** nel caso di bambini di età inferiore agli 8 anni, il rischio è quello di un'ambliopia (occhio pigro) irreversibile con una perdita funzionale del visus che non potrà mai più essere recuperata. Nel caso di pazienti di età superiore agli 8 anni, il problema diventa estetico e funzionale in termini di difficoltà visive legate alla presenza della palpebra e delle ciglia nel campo visivo

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

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

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 _____