

**CONSENSO INFORMATO  
CORREZIONE CHIRURGICA DELL'ENTROPION  
CONGENITO**

*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. .... , in modo comprensibile ed adeguato, e di avere letto e compreso l'informazione scritta allegata su:

- la situazione clinica attuale:** ENTROPION CONGENITO, ovvero la rotazione verso l'interno della palpebra superiore o inferiore presente dalla nascita e che porta le ciglia a contatto con la cornea, causandone l'infiammazione o, a volte, l'ulcerazione;
- il trattamento chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi:** suture evertenti palpebrali: riposizionamento della palpebra tramite un passaggio attraverso la cute e la congiuntiva di due o tre suture riassorbibili;
- 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:** nei casi di grave rischio di lesioni corneali è opportuno l'utilizzo di lacrime artificiali per lubrificare la cornea e ridurre il rischio di lesioni corneali;
- i benefici attesi dall'intervento consigliato:** l'obiettivo dell'intervento è la riduzione o la scomparsa dell'entropion, per evitare il contatto delle ciglia con la superficie oculare con conseguente riduzione o scomparsa delle opacità corneali;
- i disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento:**
  - irritazione oculare da sutura,
  - terapia topica con colliri,
  - necessita' di altri interventi chirurgici in caso di correzione insufficiente o eccessiva della posizione del bordo palpebrale;
- i possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato:**
  - infezione,
  - mancata riduzione dell'entropion,
  - mancata scomparsa delle opacità corneali che possono pertanto risultare irreversibili;

**CONSENSO INFORMATO  
CORREZIONE CHIRURGICA DELL'ENTROPION  
CONGENITO**

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

Barcode

- ❑ **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:** non ci sono situazioni che possano richiedere una modifica o ampliamento dell'intervento;
- ❑ **le prevedibili conseguenze della "non cura":** l'entropion non corretto comporta il rischio di opacità corneali irreversibili che possono interferire con la visione e conseguente ambliopia irreversibile (occhio pigro, cioè un occhio che anche con la migliore correzione ottica non raggiunge il massimo dell'acutezza visiva).

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

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



S. GIUSEPPE

## CONSENSO INFORMATO CORREZIONE CHIRURGICA DELL'ENTROPION CONGENITO

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* _____
del	
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 \_\_\_\_\_