

**OCCHIO:**  Destro  Sinistro  Entrambi

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

Nazionalità ..... Lingua parlata .....

dichiaro di essere stato/a informato/a dal Dott. .... (ed, eventualmente, anche di avere letto e compreso l'informazione scritta allegata) in modo comprensibile ed adeguato su:

**Definizione**

L'enucleazione è l'ablazione chirurgica dell'intero globo oculare.

L'eviscerazione è l'ablazione chirurgica del contenuto del globo oculare conservandone la sclera, ossia il naturale guscio protettivo dell'occhio.

**Scopo dell'intervento**

Lo scopo dell'enucleazione è di togliere l'occhio quando contiene una lesione evolutiva che non può essere curata in altro modo, o quando l'occhio è non vedente ed è causa di dolori, non compensati con le terapie farmacologiche non invasive, o quando un occhio traumatizzato mette in pericolo l'occhio sano a causa di una oftalmia simpatica. L'eviscerazione (alternativa a l'enucleazione) può essere scelta se lo stato della sclere ne permette la conservazione, in assenza di lesioni evolutive intra-oculari.

**Le tecniche**

L'anestesia più frequentemente usata è quella generale. Si può prevedere una anestesia locale unita a una sedazione in caso di controindicazioni formali al primo tipo di anestesia.

Durante queste operazioni, il volume del globo oculare è sostituito da un impianto intraoculare la cui taglia, simile a quella di un occhio normale, permette l'adattamento di una protesi oculare.

Questo impianto può essere un innesto prelevato sul paziente durante l'operazione stessa (innesto dermo-adiposo) o essere costituito da un biomateriale inerte. I muscoli che assicurano i movimenti oculari sono nella maggior parte dei casi fissati su questo impianto in modo da assicurare la mobilità. Per garantire questo fissaggio, è a volte necessario prelevare un innesto di tessuto per ricoprire l'impianto.

Il tessuto che ricopre l'occhio (capsula di Tenone e congiuntiva) sono suturati prima dell'impianto per poter inserire un conformatore (piccolo guscio in plastica) che sostituisce la futura protesi.

Se l'occhio è sede di una lesione evolutiva, verrà inviato all'anatomo-patologo che l'analizzerà al microscopio per giungere a una diagnosi precisa e definitiva.

**Il decorso postoperatorio**

Un edema grave delle palpebre e dei dolori sono normali per i 3 o 4 giorni che seguono l'operazione. Normalmente vengono prescritti degli analgesici. Degli antibiotici per via generale possono essere necessari in funzione delle indicazioni operatorie. L'instillazione di un collirio antibiotico e/o anti infiammatorio per alcune settimane è normale.

## I risultati

Vengono valutati dopo sei mesi e dipendono da diversi fattori tra cui il tipo di operazione, lo stato del sacco congiuntivale e delle palpebre, la qualità della protesi. Sono generalmente buoni sul piano estetico. Certe imperfezioni possono richiedere degli atti chirurgici complementari.

Per qualunque intervento praticato, una protesi non potrà mai essere mobile come un occhio a causa della sua rigidità.

## Le complicazioni

Le rare complicazioni postoperatorie possono essere precoci : emorragia, ematoma, infezione della cicatrice, espulsione dell'impianto; ma anche tardive : atrofia dell'adipe dell'orbita e aspetto dell'occhio vuoto, caduta della palpebra superiore o inferiore, cisti, modificazione dello stato delle mucosa congiuntivale che possono giustificare altri interventi chirurgici.

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

.....  
.....

**CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO DI  
ENUCLEAZIONE - EVISCERAZIONE**

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 \_\_\_\_\_