

**CONSENSO INFORMATO
INTUBAZIONE 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/...../.....

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:** OSTRUZIONE DEL DOTTO NASOLACRIMALE;
- il trattamento chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi:** intubazione delle vie lacrimali, che consiste nell' introduzione di tubicini di silicone nelle vie lacrimali. Non vengono eseguiti tagli, ma si procede attraverso le vie anatomiche. I tubicini vengono legati tra di loro e lasciati liberi nel naso. L'intervento è eseguito in anestesia generale. L'asportazione dei tubicini viene eseguita dopo tre – sei mesi dall'intervento, con il bambino sveglio;
- 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 ci sono trattamenti da eseguirsi subito prima dell'intervento;
- i benefici attesi dall'intervento consigliato:** riduzione o scomparsa della epifora, ovvero del caratteristico sintomo associato alla ostruzione dell'apparato lacrimale che consiste in una lacrimazione continua, e delle infezioni recidivanti che ne sono diretta conseguenza. Tale risultato e' correlato alle eventuali anomalie anatomiche delle vie lacrimali e all'eta' alla quale viene effettuato l'intervento, in quanto se effettuato dopo i 4 anni 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,
 - rimozione involontaria dei tubicini da parte del bambino (tale situazione richiede la necessità di un altro intervento di intubazione),
 - rimozione dei tubicini dopo 3-6 mesi dall'intervento;
- i possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato:**
 - creazione di false vie,
 - inefficacia del trattamento, con necessita' di intervento di dacriocistorinostomia (creazione di una comunicazione tra sacco lacrimale e naso);
- 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 disidratazione cutanea palpebrale, con conseguente necessita' di interventi sempre piu' invasivi per tentare di risolvere il problema.



S. GIUSEPPE

**CONSENSO INFORMATO
INTUBAZIONE DELLE VIE LACRIMALI**

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

Barcode

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

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

**CONSENSO INFORMATO
INTUBAZIONE 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 _____ del 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 _____