



GAMMA MEDICA

Via Carlo Poma, 2 - 00195 Roma
Tel./fax 06/3728555 - 06/3741454
f.garzione@gammamedica.it
www.gammamedica.it
P.IVA/CF: 07409481004

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI ENUCLEAZIONE

Documento redatto dal Dr. F. Quaranta Leoni
Approvato dal Consiglio Direttivo SICOP e dal Comitato Tecnico Scientifico SOI
Gennaio 2007

Informazioni in merito al caso clinico del/della Sig./Sig.ra/Sig.na.....

nato/a il.....

L'intervento di **ENUCLEAZIONE** consiste nella rimozione del bulbo oculare per la presenza di una patologia degenerativa o evolutiva, per la presenza di dolore incoercibile, per il rischio di oftalmia simpatica controlaterale o per l'impossibilità di poter indossare un guscio protesico.

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 l'intervento il globo oculare è sostituito da un impianto la cui taglia, simile a quella di un occhio normale, permette l'adattamento di una protesi oculare. Questo impianto può essere un innesto prelevato dal 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. I tessuti che ricoprono l'occhio (capsula di Tenone e congiuntiva) sono suturati adeguatamente per poter inserire un conformatore (piccolo guscio in materiale sintetico) che sostituisce la futura protesi. L'intervento permette generalmente una adeguata mobilità del globo oculare. In ogni caso una protesi non sarà mai essere mobile esattamente come un occhio a causa della sua rigidità.

Un edema delle palpebre e dolore sono da considerarsi normali per i 3 o 4 giorni che seguono l'operazione. Normalmente vengono prescritti analgesici ed antibiotici per via generale e colliri antibiotici e/o antinfiammatori per alcune settimane. I risultati vengono valutati a distanza 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.

L'intervento è generalmente privo di rischi, tuttavia possono essere riscontrate le seguenti complicanze: apertura della cicatrice congiuntivale, esposizione e/o espulsione della biglia, infezione, irritazione localizzata, scarso confort oculare, dolenzia, ipoestesia, parestesie periorbitarie, lassità palpebrale, ptosi (abbassamento della palpebra superiore), enoftalmo (volume orbitario inferiore), instabilità della biglia impiantata

Tali complicanze possono verificarsi anche a seguito di un intervento correttamente condotto. I risultati dell'intervento vanno valutati dopo alcuni mesi ed alcune imperfezioni possono richiedere atti chirurgici complementari.

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO DI ENUCLEAZIONE

Io sottoscritto/a nato/a a il

Esercente la podestà di nato/a a il

Dichiaro di autorizzare il Prof/Dott

ad eseguire la procedura di correzione di enucleazione

Dichiaro di aver ricevuto il documento 'Promemoria allegato al consenso informato all'intervento di enucleazione', composto di 1 pagine, di averlo letto e compreso in ogni sua parte e di aver avuto un tempo ragionevole per meditare e discutere con il chirurgo.

Dichiaro che la possibilità di trattamenti alternativi o del non trattamento è stata discussa con il chirurgo e valutata.

Dichiaro di aver compreso il concetto di rischio chirurgico generico ed in particolare i possibili rischi sequele e le complicanze, nonché le caratteristiche del decorso post operatorio che il piano di trattamento comporta.

Dichiaro di aver compreso che qualsiasi tipo di trattamento agendo su un essere vivente, portatore di una sua individualità fisiologica e patologica, non consente di fornire garanzie di risultato ma solo impegno a mettere in opera, secondo scienza e coscienza, i mezzi tecnici necessari ad eseguire con normale buon livello tecnico l'intervento chirurgico.

Autorizzo l'esecuzione di procedure aggiuntive che il chirurgo dovesse ritenere necessarie durante il corso della operazione programmata in seguito a circostanze particolari o complicanze.

Autorizzo l'esecuzione di fotografie, riprese cinematografiche inerenti all'affezione ed al suo trattamento, nonché la loro utilizzazione, per scopi medici scientifici ed educativi, fermo restando l'assoluta garanzia di anonimato.

Riconosco che la natura dell'esame o dell'intervento, compresi i rischi, mi sono stati spiegati in termini che ho ben compreso, e che il medico ha risposto in modo soddisfacente a tutte le domande che gli ho posto. Ho disposto di una proroga sufficiente per riflettere e:

DO IL MIO CONSENSO (data e firma)

NON DO IL MIO CONSENSO per la realizzazione dell'atto che mi è stato proposto (data e firma)

.....

In caso di paziente minore/interdetto/incapace, la presente informazione è stata fornita al Sig./Sig.ranella sua qualità di (legale rappresentante), il/la quale ha rilasciato il relativo consenso/dissenso.

Il responsabile del trattamento medico-chirurgico Dott.....