



CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI EVISCERAZIONE

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 **EVISCERAZIONE** consiste nella rimozione del contenuto del bulbo oculare per la presenza di una patologia degenerativa, per la presenza di dolore incoercibile 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 contenuto del 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 tessuti che ricoprono l'occhio (capsula di Tenone e congiuntiva) sono suturati adeguatamente al fine di 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 insufficiente)

Instabilità della biglia impiantata

Oftalmia simpatica a carico dell'occhio controlaterale

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.

Io sottoscritto/a

esercitante la podestà di

Dichiaro che il Dr./Prof.

mi ha informato sulle caratteristiche e sulla prognosi della malattia che mi affligge:

Mi ha illustrato le varie possibilità terapeutiche per la patologia che presento ed in particolare il tipo di trattamento da lui ritenuto più indicato nel mio caso

Mi ha esposto il concetto di "rischio chirurgico generico" ed in particolare i possibili rischi, sequele e complicanze nonché le caratteristiche del decorso post-operatorio che il piano di trattamento comporta.

Mi ha spiegato che qualsiasi tipo di trattamento agendo su un essere vivente portatore di una sua individualità fisiologica e patologica non consente di fornire "garanzia 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.

Ritengo inoltre di essere stato sufficientemente ed esaurientemente informato in modo a me comprensibile e chiedo pertanto al Dr./Prof.
di eseguire i procedimenti diagnostici e terapeutici, con particolare riferimento alle anestesie generali o locali ed agli interventi chirurgici da egli ritenuti necessari nel mio interesse.

Accetto di essere sottoposto/a all'intervento di Eviscerazione in Anestesia.....,
con la sostituzione del globo oculare con

.....

in quanto affetto/a da

.....

dopo aver meditato queste informazioni, aver compreso i possibili benefici ed i rischi di tale intervento, ed essendo consapevole delle aspettative e delle possibili complicanze.

Autorizzo infine l'esecuzione di fotografie, riprese cinematografiche o televisive inerenti all'affezione ed il suo trattamento, nonché la loro utilizzazione, unitamente ai dati relativi alla malattia, per scopi medici, scientifici, educativi e divulgativi, ammesso che la mia identità non sia rivelata dai testi.

Data:/...../.....

Il suo oculista è disposto a rispondere a ulteriori sue domande

La legge obbliga il medico a fornire una prova di aver informato il paziente.

Quindi Le chiediamo di firmare questo documento (formato di n. 3 pagine) in duplice copia, di cui una viene conservata dal suo medico.

Io sottoscritto.....

riconosco che la natura dell'esame o dell'intervento, compresi i rischi, mi sono stati spiegati in termini che ho capito, 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.ra

nella sua qualità di :
(legale rappresentante), il/la quale ha rilasciato il relativo consenso/dissenso.

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