

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



ENTROPION CONGENITO

STRUTTURA DI RIFERIMENTO _____

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che viene proposto, sui risultati e sui rischi. Tutte le espressioni tecniche utilizzate è bene che siano accompagnate da un'ampia descrizione verbale di chiarimento. Chi sottoscrive il consenso al trattamento è invitato a chiedere tutte le spiegazioni necessarie sui termini che non sono chiari

INFORMATIVA

La situazione clinica attuale: ENTROPION CONGENITO

OCCHIO: Destro Sinistro Entrambi

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:

l'intervento di elezione è rappresentato dalle SUTURE EVERTENTI palpebrali: consistono nel riposizionamento della palpebra tramite un passaggio attraverso la cute e la congiuntiva di due o più suture riassorbibili, con o senza asportazione di una plica muscolocutanea.

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 anche nel periodo preoperatorio 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, con il fine principale di evitare il contatto delle ciglia con la superficie oculare e la conseguente riduzione o scomparsa delle opacità corneali indotte dallo sfregamento cronico delle ciglia sulla superficie corneali, o quantomeno evitare il peggioramento della situazione.

I possibili disagi, gli effetti indesiderati e gli effetti correlati al recupero o alla piena guarigione:

Tra i possibili disagi correlati alla procedura sono da ricordare:

- Possibile irritazione oculare da sutura;
- necessità di terapia topica con colliri anche nel periodo post operatorio;
- necessità 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:

Come in ogni tipo di chirurgia, sono da considerare alcuni rischi e complicanze connessi con la tipologia di intervento proposto, quali:

- infezione
- mancata riduzione dell'entropion
- Eccessiva correzione dell'entropion
- mancata scomparsa delle opacità corneali che possono pertanto risultare irreversibili;

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).

Le probabilità di successo

Sebbene non esistano figure percentuali in letteratura, si può ritenere una percentuale di successo prossima all'80%.

Eventuali considerazioni specifiche relative al caso in oggetto di consenso:

CONSENSO

Dopo aver letto e compreso l' informativa sopra riportata, con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera e incondizionata della mia volontà, io sottoscritto:

- paziente _____
 Do il consenso a sottopormi all'intervento proposto, dopo aver ricevuto adeguate informazioni dal Dr. _____ e averle comprese. Sono stato altresì informato dallo stesso della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso all'esecuzione dell'atto sanitario proposto.
- tutore del paziente interdetto o minorenne _____
- curatore del paziente inabilitato _____
- genitori* del paziente minorenne _____

In stampatello riportare nome e cognome e data di nascita del dichiarante

Data _____

Firma del curatore / tutore / genitore * _____

Firma del curatore / tutore / genitore * _____

*Nel caso di minore è necessario che entrambi i genitori siano informati e prestino il loro consenso, anche nel caso di genitori separati o divorziati e di affidamento del minore a un solo coniuge. Solo in caso di assenza di un genitore per lontananza o impedimento o incapacità naturale che rendano impossibile a uno dei genitori l'esercizio della potestà, tale potestà può essere esercitata in modo esclusivo dall'altro coniuge. In questo caso il genitore presente deve compilare un'autocertificazione con cui attesti, sotto propria responsabilità, la sussistenza della condizione che determina l'impossibilità a prestare il consenso dell'altro coniuge, esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente a una mendace affermazione e accollandosene gli oneri.

Do il consenso a sottoporre mio figlio/il mio tutelato all'intervento proposto, dopo aver ricevuto adeguate informazioni dal Dr. _____ e averle comprese. Sono stato altresì informato dallo stesso della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso all'esecuzione dell'atto sanitario proposto

Data _____ Firma del Medico _____

(timbro o matricola e firma leggibile)

Indicare il nominativo dell'eventuale mediatore / interprete utilizzato
