

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



ESAME E FOLLOW-UP IN NARCOSI

La situazione clinica attuale:

OCCHIO: Destro Sinistro Entrambi

Il trattamento consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi:

ESAME E FOLLOW-UP IN NARCOSI

In caso di patologie (o sospetto di patologie) oculari, a causa della scarsa collaborazione dovuta all'età o altre condizioni patologiche, e al fine di un migliore inquadramento diagnostico e terapeutico, si rende necessario procedere all'esame obiettivo del globo oculare con il supporto di procedure anestesologiche. L'esame diagnostico ha lo scopo di chiarire il tipo di anomalia oculare o di monitorare anche con l'aiuto di esami biometrici, l'andamento di una patologia, valutando lo stato di entrambi gli occhi contemporaneamente.

Le alternative terapeutiche, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che motivano la procedura:
non esistono alternative attuabili di pari efficacia.

Le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento chirurgico consigliato:
non ci sono trattamenti da eseguire subito prima della procedura.

I benefici attesi dall'intervento consigliato:
corretta individuazione del quadro clinico, esecuzione di piccole procedure semeiotiche e terapeutiche (esempio: asportazione corpo estraneo, rimozione suture, iniezioni ecc.).

I disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento:
Possibile arrossamento oculare, piccole emorragie sottocongiuntivali, edema.

I possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato:
infezioni, processi infiammatori, microtraumatismi delle strutture oculari solo in caso di manovre diagnostiche più invasive (tamponi, prelievi, ecc) o terapeutiche di minima entità (ad esempio, asportazione corpo estraneo, rimozione suture, iniezioni, ecc)

La possibilità di dover modificare o ampliare la procedura, così come già programmato e autorizzato, di fronte a situazioni al momento difficilmente prevedibili:

in relazione al reperto obiettivo riscontrato, si può porre indicazione a specifiche procedure terapeutiche di minima entità (es. asportazione di punti, revisione suture, iniezioni sottocongiuntivali di farmaci, esame fluorangiografico, innesto di membrana amniotica).

Sebbene tali procedure siano minimamente invasive, non è del tutto esclusa l'evenienza di alcune complicanze quali le infezioni, i processi infiammatori, microtraumatismi delle strutture oculari;

Le prevedibili conseguenze della "non cura":

Impossibilità di classificare correttamente il quadro clinico e, di conseguenza, intraprendere il più corretto percorso terapeutico.

Eventuali considerazioni specifiche relative al caso 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 esser 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 ad 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
