



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 mia situazione clinica attuale:

NISTAGMO CON O SENZA POSIZIONE ANOMALA DEL CAPO

·**l'accertamento consigliato per la diagnosi:** visita oculistica, studio della motilità oculare con o senza esami elettrofisiologici, valutazione eventuale anomalie posturali;

·**il trattamento chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi:** si interviene chirurgicamente sui muscoli oculari estrinseci spesso bilateralmente e sui muscoli agonisti ed antagonisti. Viene eseguito un taglio congiuntivale, il muscolo viene isolato, ancorato e recesso o resecato a seconda del piano chirurgico. La congiuntiva viene poi suturata con suture riassorbibili. Per correggere la posizione anomala del capo o aumentare il tempo di fissazione (foveazione) è necessario agire sui muscoli versori (**Recessione**), e rinforzare gli antagonisti (**Resezione**). In realtà esiste la possibilità di staccare e riattaccare i muscoli nella posizione iniziale;

·**la scelta del tipo di intervento** è dettata dalle caratteristiche del nistagmo, e per ogni paziente viene valutato dal chirurgo sia il tipo che l'entità ottimali dell'intervento da eseguire. L'intervento viene eseguito in anestesia generale in età pediatrica; in età adulta viene invece discusso con il paziente il tipo di anestesia;

·**le alternative terapeutiche**, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che motivano l'intervento: attualmente il trattamento efficace indicato e' quello chirurgico;

·**le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento medico o chirurgico consigliato:** correzione ottica e occlusione nei casi di presenza di difetti di vista e di ambliopia (occhio pigro) di un occhio;

·**i benefici attesi dall'intervento consigliato:** la riduzione del nistagmo e la compensazione della anomalia posturale;



·i disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento: rossore oculare, sensazione di corpo estraneo, lacrimazione, diplopia transitoria per qualche settimana, a volte dolore sono i disagi più comuni che si risolvono spontaneamente;

·i possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato: diplopia transitoria o permanente con necessita' di successiva terapia con prismi; ipocorrezione o ipercorrezione dell'anomalia posturale, perdita del muscolo, scivolamento del muscolo nelle settimane successive all' intervento, perforazione retinica. Tutte queste complicanze possono richiedere la necessita' di uno o più interventi chirurgici successivi; infezione;

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: nei reinterventi, nelle forme già sottoposte a chirurgia. In questi casi, infatti ci si può trovare di fronte a muscoli alterati o posti in posizione diversa da quella programmata.

le prevedibili conseguenze della “non cura”: la scelta di non sottoporsi all'intervento chirurgico comporta la persistenza della anomalia posturale ed un tempo di foveazione insufficiente ad una buona discriminazione.

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

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



CONSENSO

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto:

Do il consenso

Data _____

Padre / Tutore 1* Nome.....Cognome.....

Firma _____

Madre / Tutore 2* Nome.....Cognome.....

Firma _____

Firma del Medico _____

(timbro e firma leggibile)



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.

*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.