**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**:   
    
  **ENTROPION CONGENITO**, 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: esse 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%.

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.