

Cognome e Nome.....

Ricevo il consenso informato in data.....

Autorizzo all'intervento in data.....

### **INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI UNA ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI**

Gentile Signora/e, Lei è affetto da una patologia delle vie lacrimali di deflusso. Questa malattia causa una fastidiosa lacrimazione e la possibilità che il ristagno di liquido nel tempo possa provocare una infezione del sacco lacrimale. Le proponiamo una procedura diagnostica ed eventualmente terapeutica che può contribuire alla risoluzione di tale problema. Questa scheda contiene le informazioni sull'intervento che Le è stato proposto, nonché sui risultati che è lecito attendersi dal medesimo e sui rischi connessi alla esecuzione di questa procedura.

#### **L'endoscopia lacrimale**

Le possibilità diagnostiche relative alle patologie delle vie lacrimali di deflusso sino ad oggi si limitavano alla esecuzione di lavaggi o sondaggi per mezzo di uno specillo, senza possibilità di visualizzare direttamente tali strutture, oppure alla effettuazione d'esami radiologici con mezzo di contrasto.

Questa nuova metodica rende possibile l'esecuzione di un esame endoscopico delle vie lacrimali, eseguito con una sottile fibra collegata ad un sistema televisivo. Ciò permette di vedere se e dove è presente una ostruzione delle vie di deflusso delle lacrime e di porre quindi una corretta diagnosi della patologia che la riguarda. Oltre a ciò, se l'esame evidenzia una ostruzione, è spesso possibile procedere contemporaneamente a manovre di disostruzione mediante sottili trapani o taglienti, che possono rimuovere la causa ostruente. In tal caso la procedura avrà valore terapeutico oltre che diagnostico.

Per poter effettuare questa procedura è necessario eseguire preliminarmente una anestesia locale mediante piccole iniezioni di farmaco intorno alla regione del sacco lacrimale ed eventualmente irrigando la via lacrimale con anestetico.

#### **Risultati**

Il valore della procedura è innanzitutto diagnostico. Una corretta diagnosi potrà permettere al Curante una scelta razionale tra le possibili soluzioni del suo problema. Le manovre di disostruzione effettuate durante la procedura le comporteranno un beneficio che potrà perdurare nel tempo a meno che fatti cicatriziali successivi non compromettano tale risultato.

Le possibilità di risoluzione della lacrimazione con tale procedura sono al momento attuale limitate statisticamente, anche se non mancano casi di completa remissione del problema.

È possibile comunque ripetere la procedura alcune volte, ad opportuna distanza di tempo.

### **Complicanze**

L'endoscopia può provocare la comparsa di piccole emorragie intorno all'occhio e/o gonfiore per imbibizione dei tessuti da parte dell'anestetico o dei liquidi di lavaggio. Ciò si risolve in breve tempo senza conseguenze.

Le manovre di ispezione e di chirurgia endoscopica possono in alcuni casi provocare piccoli traumi alle vie lacrimali.

Sono possibili, raramente, complicanze infettive. Per prevenire tali possibilità utilizziamo una copertura antibiotica dopo l'esecuzione delle procedure diagnostiche e chirurgiche.

Legga attentamente queste informazioni e, se sussistono dubbi in merito a quanto descritto, chieda spiegazioni al Medico che Le ha sottoposto questo foglio informativo. È suo diritto possedere una completa ed adeguata informazione riguardo i vantaggi, i limiti e le possibili complicanze delle possibilità diagnostiche e terapeutiche di questa nuova metodica.

La legge obbliga il medico a fornire una prova documentale sulla avvenuta informazione al Paziente. Quindi Le chiediamo di firmare questo documento (formato da n. 2 pagine), che sarà conservato insieme alla sua documentazione clinica.

**Io sottoscritto, ..... dichiaro di aver compreso il significato clinico di questa procedura diagnostica ed eventualmente terapeutica, in relazione alla mia patologia. Dichiaro inoltre di averne compresi e valutati i benefici, i possibili rischi e le complicanze correlate e di aver avuto a disposizione un tempo sufficiente per valutare il materiale informativo che mi è stato sottoposto e le spiegazioni che il Medico mi ha fornito.**

**DO IL MIO CONSENSO all'esecuzione della endoscopia lacrimale (data e firma)\_\_\_\_\_**

**NON DO IL MIO CONSENSO (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. \_\_\_\_\_

#### ATTO DI CONSENSO

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Marzo 2007

Primo Aggiornamento – Ottobre 2007

Secondo Aggiornamento – Maggio 2008

Terzo Aggiornamento – Novembre 2009

Quarto Aggiornamento – Novembre 2014

Il sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

nell'occhio \_\_\_\_\_

dichiara in piena coscienza

- di aver fornito ai sanitari tutte le informazioni relative allo stato di salute oculare e generale attuale e pregresso, nonché tutte le informazioni sulle terapie oculari e generali in corso e pregresse
- di essere stato informato sulla dotazione tecnico-professionale della struttura dove sarà operato e che, se in corso d'intervento si realizzasse una delle rarissime complicanze che richiede il ricorso all'anestesia generale, e questa non fosse eseguibile presso la struttura dove è eseguito l'intervento cui ora acconsente, diventerebbe necessario disporre il trasferimento in ambiente ospedaliero mediante ambulanza
- di aver ricevuto una completa spiegazione verbale del documento scritto d'informazione sullo scopo e sulla natura dell'intervento di **endoscopia delle vie lacrimali**
- di aver pienamente compreso le informazioni che sono state fornite sull'evoluzione naturale della malattia, sulle conseguenze, sui rischi e sulle possibili alternative terapeutiche e di condividere i possibili vantaggi e i rischi o svantaggi derivanti dal trattamento
- di aver ricevuto dal responsabile del trattamento altri chiarimenti sui seguenti punti:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- di essere informato sull'obbligo di osservare le prescrizioni postoperatorie e sulle conseguenze derivanti da negligenza nell'osservanza di dette prescrizioni

- di essere informato sull'obbligo di sottoporsi ai controlli postoperatori programmati e sulle conseguenze derivanti dal mancato rispetto delle visite di controllo
  - di aver letto e compreso perfettamente tutto ciò che è stato spiegato
  - di aver ricevuto le informazioni in data \_\_\_\_\_ e di aver avuto il tempo necessario per riflettere e pertanto rilascia il consenso all'intervento di **endoscopia delle vie lacrimali** in occhio \_\_\_\_\_
- e autorizza l'equipe chirurgica - all'eventuale conversione dall'anestesia topica alla locale o alla generale e, se necessario, anche al trasferimento ad altra struttura adeguatamente attrezzata
- a eseguire tutte le altre terapie che si rendessero necessarie durante o a seguito dell'intervento
  - a eseguire durante l'intervento tutte le variazioni necessarie, anche in riferimento a tutti i materiali utilizzati inclusi quelli "impiantabili"

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma leggibile di chi riceve il presente documento \_\_\_\_\_