

MODULO DI CONSENSO PER INNESTO DI MEMBRANA AMNIOTICA

Consegnato il

Gentile Signore/a,

Io sottoscritto/adurante il nostro precedente colloquio, Le ho fornito informazioni circa il fatto che la patologia oculare da cui Lei è affetto/a

.....
può essere trattata attraverso una tecnica d'innesto di membrana amniotica .

Il trattamento propostoLe è stato fino ad ora applicato con successo su centinaia di pazienti, in alcuni tra i più importanti centri mondiali.

La membrana amniotica (amnios)

La membrana amniotica è lo strato più interno della placenta. E' composta da una membrana basale spessa e da una matrice stromale avascolare. **E' priva di immunogenicità, cioè non è capace di scatenare reazioni di rigetto.**

La sua membrana basale è un substrato ideale per fare da supporto alla crescita di cellule progenitrici dell'epitelio corneale e congiuntivale.

La sua faccia stromale,per proprietà intrinseche, ha la capacità di ridurre la cicatrizzazione, ha azione antinfiammatoria e mitiga la neovascolarizzazione corneale.

Per tali motivi, la membrana amniotica viene utilizzata per la ricostruzione della superficie congiuntivale, nella ricostruzione dei fornici e per la ricostruzione della superficie corneale nelle ulcere, nel descemetocoele, nel deficit limbare, nella cheratoplastica bollosa.

RISCHI: I rischi sono generici e comunque riferibili a quelli associati ad un qualsiasi tipo di procedura chirurgica.

Il suo oculista è disposto a rispondere ad ulteriori sue domande.

La legge obbliga il medico a fornire una prova di aver informato il paziente.

Quindi Le chiediamo di firmare questo documento (formato di numero 2 pagine) in duplice copia, di cui una viene conservata dal suo medico.

Gentile Signore/a io sottoscritto durante il nostro precedente colloquio avvenuto il le ho fornito informazioni circa il fatto che per la patologia da cui Lei è affetto/a si rende necessario effettuare l'intervento chirurgico di **innesto di membrana amniotica** per il quale le ho prospettato: le finalità e le modalità di esecuzione, i benefici attesi, gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze, le alternative diagnostiche e terapeutiche attualmente esistenti.

Firma e timbro del medico.....

Io sottoscritto/a in qualità di

esercitante la potestà/tutore sul minore

dichiaro di essere stato/a ampiamente informato /a dal circa il trattamento propostomi, le finalità e le modalità di esecuzione, i benefici attesi, gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze, le alternative diagnostiche e terapeutiche attualmente esistenti.

La mia firma su questo documento significa che:

Ho compreso le spiegazioni fornitemi

Ho avuto la possibilità di formulare domande di chiarimento

Ho avuto tempo sufficiente per una personale riflessione prima di firmare il presente modulo

Premesso questo, dichiaro di acconsentire ad essere sottoposto al trapianto di congiuntiva per la cura della mia malattia.

Data

Firma del paziente/esercitante la patria potestà/tutore

.....