

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



RIDUZIONE DELLE STRIE DEL LEMBO LASIK

Questo documento viene fornito per ottenere il Suo consenso informato per l'appianamento delle strie. Contiene informazioni importanti sui rischi e benefici, nonché sui trattamenti alternativi disponibili. È importante leggere e comprendere attentamente tutto e firmare solo dopo aver compreso e ricevuto risposte soddisfacenti a tutte le domande, consentendo di prendere una decisione informata.

- È necessario leggere l'intero documento prima del trattamento.
- Prendetevi tutto il tempo necessario per leggere e comprendere questo documento prima di firmarlo.
- Il Suo medico è disponibile a rispondere a qualsiasi domanda o dubbio riguardo a questo consenso.
- Questo documento deve essere firmato prima di qualsiasi trattamento.
- Firmerà questo documento di persona presso la Clinica Oculistica.
- È possibile richiedere una copia di questo documento in qualsiasi momento.

INDICAZIONI E PROCEDURA

Durante il trattamento LASIK, la fase iniziale richiede la generazione di un lembo. Dopo il trattamento, questo lembo viene riposizionato. In alcuni casi, il lembo può scivolare, spostarsi o raggrinzirsi. Nella maggior parte dei casi, ciò si verifica a causa di un lieve trauma all'occhio, che potrebbe essere minimo, come il semplice strofinamento o strizzamento dell'occhio.

Questa condizione è comunemente chiamata lembo con strie, pieghe o lembo dislocato post-LASIK. La quantità di dislocazione può essere misurata solo dal Suo oculista con un esame con lampada a fessura. A seconda della gravità e dell'impatto sulla vista, potrebbe essere necessaria una correzione chirurgica, nota come correzione delle strie o riposizionamento del lembo dislocato.

Il trattamento prevede l'applicazione di un'anestesia topica sull'occhio, quindi la disepitelizzazione e il sollevamento del lembo LASIK, l'idratazione con fluido, l'allungamento e il riposizionamento in sede, il riscaldamento e la levigatura. La disepitelizzazione è simile a quella praticata nella tecnica PRK e comporta sintomi post-operatori come fotofobia, lacrimazione, dolore localizzato o esteso (tipo cefalea), della durata di alcuni giorni. In tale periodo, la visione risulta annebbiata e non sono possibili le normali attività lavorative. Le istruzioni postoperatorie dopo la LASIK devono essere seguite attentamente per evitare traumi che potrebbero causare increspature del lembo. Se non trattata, la condizione potrebbe diventare permanente, con conseguente peggioramento della vista.

Le strie clinicamente significative che richiedono un trattamento sono rare e generalmente risultano da un piccolo trauma nel periodo post-operatorio.

ALTERNATIVE

Il livellamento delle strie è il trattamento iniziale preferito per correggerle. Ulteriori casi potrebbero richiedere trattamenti aggiuntivi, come sutura, ulteriore stiratura o cheratectomia fototerapeutica (PTK). Se non trattate, le pieghe delle strie possono diventare permanenti e peggiorare la qualità della visione.

RISCHI E COMPLICANZE

Nonostante le migliori cure, possono verificarsi complicazioni ed effetti collaterali; se ciò dovesse accadere, il risultato visivo potrebbe essere influenzato qualitativamente e quantitativamente. I rischi e gli effetti a lungo termine non sono noti.

Non ho ricevuto alcuna garanzia riguardo al successo del mio caso particolare. Comprendo i rischi associati. Sono consapevole che potrebbe essere necessario un trattamento aggiuntivo, come sutura, ulteriore stiratura o cheratectomia fototerapeutica PTK. Capisco che anche dopo il successo del trattamento la vista potrebbe non migliorare ai livelli precedenti alla formazione delle pieghe e delle strie. Capisco che dopo il trattamento può verificarsi una crescita dell'epitelio sotto il lembo, che potrebbe richiedere un ulteriore trattamento chirurgico.

Nel periodo dopo il trattamento possono verificarsi cicatrici o irregolarità corneali, che possono causare un peggioramento della vista. Capisco che dopo il trattamento la mia vista potrebbe peggiorare o potrebbe diminuire la sensibilità al contrasto. È possibile che si verifichino infezioni che possono portare a danni alla vista.

Sono consapevole che potrebbero essermi somministrati farmaci in concomitanza con la procedura e che il mio occhio potrebbe essere bendato. Comprendo che non dovrei guidare finché non sarò certo che la mia vista sia adeguata. Capisco che, come per tutti i tipi di intervento chirurgico, esiste la possibilità di complicanze dovute all'anestesia, a reazioni ai farmaci o ad altri fattori che potrebbero coinvolgere altre parti del mio corpo.

Capisco che, poiché è impossibile indicare tutte le complicanze che possono verificarsi a seguito di un intervento chirurgico, l'elenco delle complicanze in questo modulo potrebbe non essere completo. Comprendo che durante la procedura potrebbero emergere condizioni impreviste che richiedono l'esecuzione di ulteriori procedure e autorizzo che tali procedure vengano eseguite a discrezione del mio medico. Queste procedure aggiuntive possono comportare rischi aggiuntivi oltre a quelli sopra descritti.

Comprendo che non mi è stata fornita alcuna garanzia in merito al risultato, alla cura o alla sicurezza. Autorizzo a filmare o fotografare la mia procedura a fini di documentazione, formazione e ricerca. Inoltre, autorizzo l'utilizzo dei dati sul mio trattamento per far avanzare il campo della correzione delle strie. Comprendo che il mio nome o qualsiasi altra informazione di identificazione personale rimarrà confidenziale, a meno che non fornisca successivamente autorizzazione scritta affinché la mia identità venga rivelata.

ACCETTAZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO

Dopo aver discusso con il personale sanitario tutte le tematiche connesse alla propria situazione clinica, avvalendosi delle informazioni riportate in questo documento, e avendo avuto la possibilità di porre qualsiasi domanda e chiarire ogni dubbio, è necessario che il paziente esprima il proprio consenso al trattamento proposto, firmando accanto al medico che eseguirà l'intervento.

DETTAGLI SPECIFICI DEL CASO

Si specifica che la corretta informazione permette di acquisire il consenso in maniera consapevole, passaggio obbligatorio e ineludibile del processo di cura.

Il sottoscritto paziente/genitore/tutore (Cognome e Nome in stampatello)

Data _____ Firma leggibile _____

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni (medico) (scrivere in Stampatello)

Data _____ Firma leggibile (medico) _____

A questa sezione viene allegato il documento di consenso a completamento del processo di acquisizione del consenso informato.