**STRUTTURA DI RIFERIMENTO**………………………………………………………………………………………………………….

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che viene proposto, sui risultati e sui rischi.

Tutte le espressioni tecniche utilizzate è bene che siano accompagnate da un’ampia descrizione

verbale di chiarimento. Chi sottoscrive il consenso al trattamento è invitato a chiedere tutte le

spiegazioni necessarie sui termini che non sono chiari.

**INFORMATIVA**

**La situazione clinica attuale**: OSTRUZIONE DEL DOTTO NASOLACRIMALE

**OCCHIO: □** Destro **□** Sinistro **□** Entrambi

**Il trattamento chirurgico consigliato per la guarigione o per migliorare la prognosi**:

INTUBAZIONE DELLE VIE LACRIMALI, che consiste nell’ introduzione di tubicini di silicone nelle vie lacrimali previa specillazione delle stesse. Non vengono eseguiti tagli, ma si procede attraverso le vie anatomiche. L’intervento è eseguito in anestesia generale. L’asportazione dei tubicini viene eseguita dopo tre – sei mesi dall’intervento, in ambulatorio; solo in qualche caso è necessario eseguire una narcosi;

**Le alternative terapeutiche, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che motivano l’intervento**:

non esistono alternative alla chirurgia per questo tipo di condizione;

**Le eventuali terapie da effettuare prima dell’intervento chirurgico consigliato**:

non ci sono trattamenti da eseguire subito prima della procedura;

**I benefici attesi dall’intervento consigliato**:

riduzione o scomparsa della epifora, ovvero del caratteristico sintomo associato alla ostruzione dell’apparato lacrimale che consiste in una lacrimazione continua, e delle infezioni recidivanti che ne sono diretta conseguenza. Tale risultato è correlato alle eventuali anomalie anatomiche delle vie lacrimali e all’età alla quale viene effettuato l’intervento, in quanto se effettuato dopo i 4 anni di età le possibilità di successo si riducono;

## I disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell’intervento:

* sanguinamento temporaneo dal naso;
* terapia topica con colliri
* rimozione involontaria dei tubicini da parte del bambino (tale situazione potrebbe richiedere la necessità di ripetere l’intervento di intubazione),

## I possibili rischi e complicanze connessi all’intervento consigliato:

* creazione di false vie;
* inefficacia del trattamento, con necessità di procedure più invasive nel tempo;

## 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:

nessuna;

**Le prevedibili conseguenze della “non cura”**:

persistenza della lacrimazione e di infezioni recidivanti con disidratazione cutanea palpebrale, con conseguente necessità di interventi sempre più invasivi per tentare di risolvere il problema.

Eventuali considerazioni specifiche relative al caso in oggetto di consenso:

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

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

# CONSENSO

Dopo aver letto e compreso l’informativa sopra riportata, con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto:

□ paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Do il consenso a sottopormi all’intervento proposto, dopo aver ricevuto adeguate informazioni dal Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed averle comprese. Sono stato altresì informato dallo stesso della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso all’esecuzione dell’atto sanitario proposto.

□ tutore del paziente interdetto o minorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ curatore del paziente inabilitato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ genitori\* del paziente minorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In stampatello riportare nome e cognome e data di nascita del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del curatore / tutore / genitore \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del curatore / tutore / genitore \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Nel caso di minore è necessario che entrambi i genitori siano informati e prestino il loro consenso, anche nel caso di genitori separati o divorziati e di affidamento del minore ad un solo coniuge. Solo in caso di assenza di un genitore per lontananza o impedimento o incapacità naturale che rendano impossibile ad uno dei genitori l’esercizio della potestà, tale potestà può esser esercitata in modo esclusivo dall’altro coniuge. In questo caso il genitore presente deve compilare un’autocertificazione con cui attesti, sotto propria responsabilità, la sussistenza della condizione che determina l’impossibilità a prestare il consenso dell’altro coniuge, esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente ad una mendace affermazione ed accollandosene gli oneri.

Do il consenso a sottoporre mio figlio/il mio tutelato all’intervento proposto, dopo aver ricevuto adeguate informazioni dal Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed averle comprese. Sono stato altresì informato dallo stesso della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso all’esecuzione dell’atto sanitario proposto

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(timbro o matricola e firma leggibile)

Indicare il nominativo dell’eventuale mediatore / interprete utilizzato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_