

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



## RIDUZIONE DELLE STRIE DEL LEMBO LASIK

### INTRODUZIONE

Questo documento viene fornito per ottenere il suo consenso informato per l'appianamento delle strie. Contiene informazioni importanti dettagliando i rischi e i benefici nonché i trattamenti alternativi disponibili. È importante leggere e comprendere attentamente tutto e firmare solo dopo aver letto e compreso, aver avuto risposta a tutte le domande in modo soddisfacente, 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 lei abbia 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 scivola, si sposta o si raggrinzisce. Nella maggior parte dei casi ciò si verifica come risultato di un lieve trauma all'occhio, questo trauma potrebbe essere minimo, come il semplice strofinarsi l'occhio o strizzarlo.

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. Questa correzione chirurgica è nota come correzione delle strie o riposizionamento del lembo dislocato.

Il trattamento prevede l'applicazione di un'anestesia topica sull'occhio, quindi la disepitelizzazione ed il sollevamento del lembo LASIK, l'idratazione con fluido, l'allungamento prima di riposizionarlo in sede, il riscaldamento e la levigatura.

La disepitelizzazione è la medesima che viene praticata nella tecnica PRK, e come tale comporta sintomi post-operatori legati all'esposizione del tessuto corneale: fotofobia, lacrimazione, dolore localizzato o esteso, tipo cefalea, della durata di alcuni giorni. In tale periodo la visione risulta annebbiata e non sono esercitabili 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 possibile peggioramento della vista.

Le strie clinicamente significative che richiedono un trattamento sono rare e sono in genere il risultato diretto di un piccolo trauma nel periodo post-operatorio.

### ALTERNATIVE

Il livellamento delle strie è riconosciuto come trattamento iniziale preferito per correggerle. Ulteriori casi potrebbero poi richiedere un trattamento aggiuntivo compresa la sutura, la ulteriore stiratura o la 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 esserne influenzato qualitativamente e quantitativamente.

I rischi e gli effetti a lungo termine non sono noti.

Non ho ricevuto alcuna garanzia per quanto riguarda il successo del mio caso particolare. Comprendo i rischi associati.

Sono consapevole che potrebbe essere necessario un trattamento aggiuntivo, tra cui 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 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 complicazioni che possono verificarsi a seguito di un intervento chirurgico, l'elenco delle complicanze in questo modulo potrebbe non essere completo.

Comprendo che durante la/e procedura/e proposta/i 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, ricerca. Inoltre, autorizzo a utilizzare i 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 anche delle informazioni riportate in questo documento, e avendo avuto la possibilità di rivolgere qualsiasi domanda e di chiarire qualsiasi dubbio è necessario che il paziente esprima il proprio consenso al trattamento proposto, ponendo la propria firma accanto a quella del medico appartenente alla struttura sanitaria che eseguirà l'intervento.

Si precisa che il caso specifico presenta le seguenti particolarità e peculiarità:

---

Si specifica che la corretta informazione permette la acquisizione del consenso in maniera consapevole e ciò costituisce un passaggio obbligatorio ed 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.