

Documento da consegnare al paziente all'atto dell'appuntamento all'intervento distrabismo..... (per le altre patologie questo documento deve essere facilmente modificato specificamente)

Deve essere controfirmato dal paziente/tutore alla consegna/ ricezione

Verrà poi immesso in cartella insieme al Consenso Informato ufficiale scelto per quella patologia specifica

CARTA INTESTATA

del chirurgo/struttura

con la presente il sottoscritto dr.
opera il paziente poiché lo stesso acconsente
con atto specifico conseguente

in quanto adeguatamente informato su quanto di seguito elencato:

Informazioni per consenso informato per la parte preparatoria

- natura della patologia/alterazione per cui è richiesto intervento chirurgico
- Indicazioni all'intervento per la patologia/alterazione vigente
- tipologia del ricovero in day surgery/ricovero ordinario/ambulatorio
- casistica ed esperienze del sottoscritto chirurgo
- l'intervento proposto non è a scopo estetico ma ricostruttivo-funzionale
- metodica chirurgica proposta in unica o plurima soluzione nel tempo
- significato della iper o ipo correzione programmata
- comportamento sanitario che il paziente deve tenere nel periodo pre e post intervento

Informazioni per il consenso informato per fatti inerenti l'intervento

- descrizione dettagliata dell'intervento chirurgico proposto
- equipe chirurgica specialistica che effettua l'intervento in anestesia generale/locale
- equipe chirurgica infermieristica di supporto
- assenza/presenza di documentazione registrata cine fotografica dell'intervento
- principali complicanze più frequenti intra/post operatorie
- Impossibilità ai parenti di entrare in sala operatoria durante l'anestesia

Informazioni per il consenso informato inerenti il post intervento

- complicanze e gli avventi avversi rari ed imprevedibili post operatori
- evento avverso statisticamente più probabile è la recidiva dello strabismo in varie forme
- indicazioni, necessità, obblighi, consigli al paziente per il follow up
- ruolo programmato della riabilitazione post operatoria

**Il paziente è a conoscenza che per l'anestesia esiste atto specifico di
consenso informato**

firma del chirurgo:

firma del paziente:

Sede e Data di consegna: