













## ATTO DI CONSENSO

Il sottoscritto Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Affetto/a da CATARATTA OD  OS

### Dichiara in piena coscienza

- di aver fornito ai sanitari tutte le informazioni relative allo stato di salute oculare e generale attuale e pregresso, nonché tutte le informazioni sulle terapie oculari e generali in corso e pregresse;
- sono stato rassicurato che la Casa di \_\_\_\_\_ è dotata di specifici protocolli operativi che assicurino lo svolgimento delle pratiche assistenziali secondo i più aggiornati criteri di efficacia ed efficienza; nonché per la prevenzione delle complicanze su ipotizzate che dovessero insorgere ed eventualmente per la gestione delle emergenze.
- dichiaro che copia del presente modello mi è stato consegnato in occasione della visita ambulatoriale, nel corso della quale mi è stato proposto l'intervento chirurgico di \_\_\_\_\_ **asportazione cataratta** \_\_\_\_\_ OD  OS .
- di aver ricevuto una completa spiegazione verbale del documento scritto d'informazione sullo scopo e sulla natura dell'intervento di: \_\_\_\_\_ **faciemulsificazione ed inserimento di IOL** \_\_\_\_\_
- di aver pienamente compreso le informazioni che sono state fornite sull'evoluzione naturale della malattia, sulle conseguenze, sui rischi e sulle possibili alternative terapeutiche e di condividere i possibili vantaggi e i rischi o svantaggi derivanti dal trattamento
- Sono stato informato che le mie condizioni di salute oltre ai rischi comuni mi espongono ai seguenti rischi personali.....  
.....  
.....

- di aver ricevuto dal responsabile del trattamento altri chiarimenti sui seguenti punti:

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

- di essere informato sull'obbligo di osservare le prescrizioni postoperatorie e sulle conseguenze derivanti da negligenza nell'osservanza di dette prescrizioni
- di essere informato sull'obbligo di sottoporsi ai controlli postoperatori programmati e sulle conseguenze derivanti dal mancato rispetto delle visite di controllo
- di aver letto e compreso perfettamente tutto ciò che è stato spiegato

### autorizza l'equipe chirurgica

- all'eventuale conversione dell'anestesia topica alla locale o alla generale.
- ad eseguire tutte le altre terapie che si rendessero necessarie durante o a seguito dell'intervento

data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma Dr. D'Autilia \_\_\_\_\_