



NOTA INFORMATIVA CAPSULOTOMIA CON YAG LASER

Data di rilascio al paziente

Nome e Cognome del paziente

----- [__ / __ / ____] ora: __ / __

**Ad integrazione delle informazioni ricevute con il Consenso Generale alle Cure, la
preghiamo di leggere attentamente questo modulo informativo.**

Dopo averlo letto faccia tutte le domande che ritiene necessarie all'Equipe medica.

Il malato ha diritto, se lo desidera, a ricevere **un'adeguata informazione**, esposta in modo corretto e **comprensibile** riguardo alla propria condizione di salute e a tutti gli atti diagnostici e/o terapeutici, medici e chirurgici, che i sanitari propongono di attuare sulla sua persona.

Il paziente ha il **diritto** di conoscere i **vantaggi** ma anche **rischi**, i disagi e le possibili **complicanze** dei suddetti atti, e anche la natura e il peso delle conseguenze qualora si rifiuti di attuarli.

Ha diritto di conoscere le eventuali **alternative terapeutiche** con i relativi vantaggi e svantaggi. Inoltre, dopo aver ricevuto un'esaustiva informazione, qualora decida di dare il proprio consenso al trattamento proposto, ha diritto a **revocare** il suo **consenso** in qualsiasi momento.

Il malato ha diritto anche a mantenere riservate le notizie riguardanti la propria salute oppure **indicare una** o più persone che desidera vengano informate di dette **notizie**.

D'altra parte, il malato ha il **dovere** di fornire al medico **qualsiasi informazione in suo possesso riguardante la propria salute**, in modo da **evitare** che dalla mancata conoscenza di specifiche peculiarità possano generarsi **errori** di condotta terapeutica e/o diagnostica.

Il paziente deve inoltre **attenersi** con scrupolo **alle indicazioni** fornitegli **dai sanitari** riguardo a comportamenti e terapie da seguire per il problema medico che si sta trattando, sia nella fase antecedente alla procedura proposta, che nelle fasi successive alla sua effettuazione.

Nome e Cognome di chi
fornisce le informazioni

Alla luce di tali premesse:

desidera essere informato sulla patologia di cui è affetto nonché sulle motivazioni, la natura e le implicazioni degli atti diagnostici e/o terapeutici (anche invasivi) che si intendono intraprendere sulla sua persona¹?

SI NO

FIRMA DEL PAZIENTE

Desidera che le informazioni relative al suo stato di salute e all'esito degli atti diagnostici/terapeutici intrapresi sulla sua persona vengano fornite anche ad alcuno dei suoi familiari, conoscenti o al suo medico di fiducia?

SI NO

Se sì a chi?

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

¹ Nel caso in cui il paziente decida di NON ricevere informazioni e nondimeno dia il consenso al trattamento DEVE esserne dato atto direttamente in Cartella Clinica e deve essere controfirmato dal paziente.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA CAPSULOTOMIA LASER

Gentile paziente, La ringraziamo per aver scelto la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e la nostra equipe che si prenderà cura di Lei in questo percorso terapeutico, ponendoLa al centro della nostra attenzione secondo la missione del nostro Policlinico: “La scienza per l’uomo”.

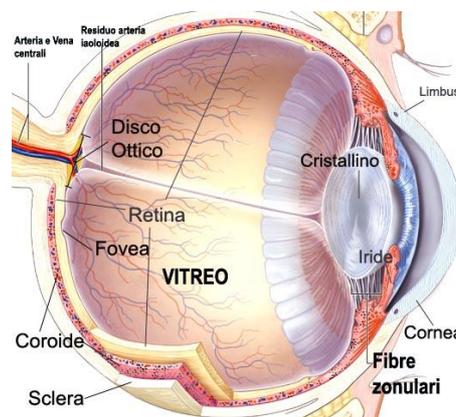
1. CHE COS’È LA “CATARATTA SECONDARIA”?

L’**opacità capsulare posteriore**, detta anche cataratta secondaria, è una condizione che può insorgere dopo l’intervento di rimozione della cataratta. L’incidenza è variabile ma può colpire fino al **50%** dei pazienti sottoposti ad intervento di cataratta con impiando di cristallino artificiale.

Questa condizione si verifica quando il **tessuto posteriore della capsula del cristallino**, che è stato opportunamente lasciato in sede per sostenere il cristallino artificiale, diventa **opaco**. In particolare, la perdita di trasparenza è causata dalla **proliferazione delle cellule epiteliali** che sono **rimaste** all’interno della capsula in seguito all’estrazione del cristallino. I sintomi della cataratta secondaria includono **visione offuscata, visione doppia e fastidio alla luce**.

Questa condizione può comparire settimane, mesi o anche anni dopo l’intervento di rimozione della cataratta.

Molto raramente, nel caso di **fimosi capsulare** (condizione che può causare la dislocazione del cristallino), il laser viene diretto anche a porzioni residue della capsula anteriore.

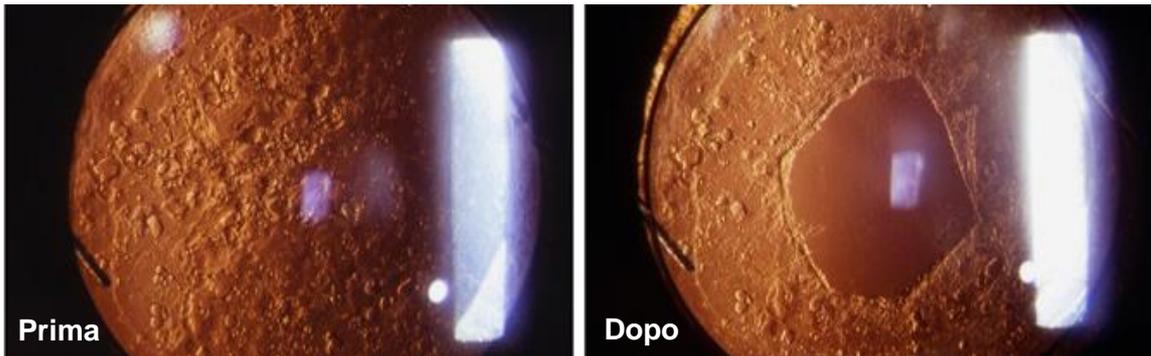
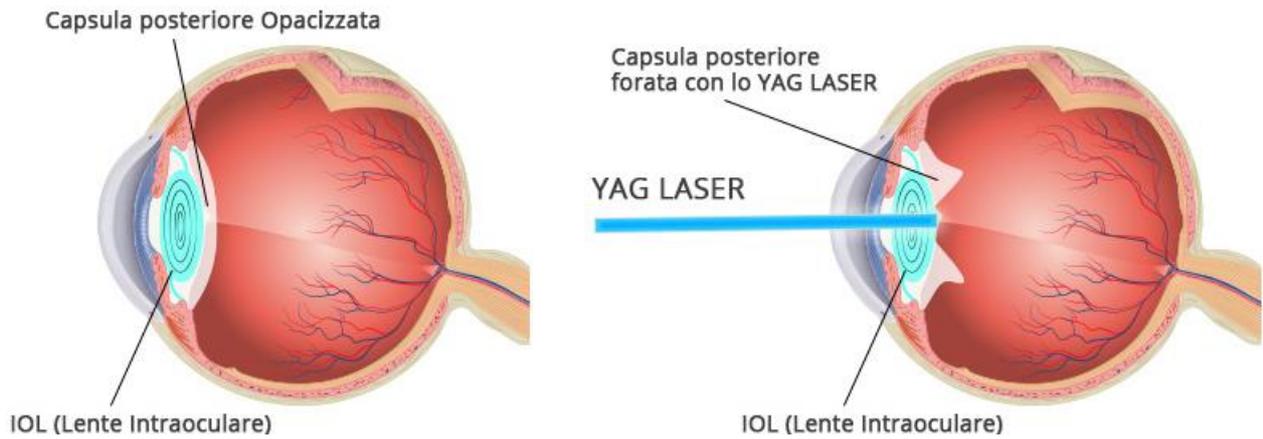


2. COME SI TRATTA?

Il trattamento consiste nella creazione di **foro nella capsula posteriore (capsulotomia)**, attraverso l'utilizzo di un laser, chiamato laser Nd:YAG (Yttrium-Aluminum-Garnet).

3. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA?

Il **raggio laser ad alta energia** crea tanti piccoli fori fino a creare un'adeguata apertura nella capsula del cristallino. Questa apertura centrale permette alla luce di passare, senza alterare il resto della capsula che continua così a sostenere il cristallino artificiale.



Capsula posteriore **opaca**

Foro nella capsula posteriore

L'intervento si effettua in **ambulatorio**, da seduti e dopo dilatazione della pupilla con collirio. Il trattamento è rapido e indolore. Generalmente è sufficiente una sola seduta.

4. QUALI SONO I BENEFICI?

Il beneficio consiste nel miglioramento della vista. Inoltre, la rimozione della cataratta secondaria permette all'oculista una migliore visione del *fundus* oculare del paziente e della retina.

5. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

Prima di effettuare la procedura, il paziente dovrà firmare il **consenso informato** all'intervento. Successivamente, viene somministrato un collirio per la **dilatazione pupillare**.

Raccomandazioni per il giorno dell'intervento

- Assumere le medicine per tutte le malattie in atto, come fate abitualmente tutti i giorni;
- Non è necessario il digiuno;
- **COSA PORTARE CON SÈ:** tessera sanitaria ed eventuale tessera di esenzione.

6. DURATA DELLA PROCEDURA

L'intervento ha generalmente una durata molto breve (**2-5 minuti**).

7. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

Prima di lasciare il Policlinico, il paziente riceve un referto che riporta lo svolgimento della procedura e una terapia da seguire nei giorni successivi.

Il paziente deve iniziare le cure prescritte entro poche ore dall'intervento.

I farmaci prescritti servono a prevenire complicazioni. La terapia consiste nell'instillazione di gocce e nell'eventuale assunzione di compresse.

La negligenza nel seguire la terapia postoperatoria e nell'effettuare le successive visite oculistiche può influenzare il risultato finale ed essere causa di severe complicanze.

8. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Il vantaggio è costituito dal miglioramento della visione. Tuttavia, dopo l'intervento si potrà verificare:

- una lieve infiammazione oculare;
- un'aumentata sensibilità alla luce;
- la percezione di corpi mobili vitreali ("mosche volanti").

9. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

Qualsiasi procedura chirurgica può essere soggetta a possibili complicanze.

Le **principali** complicanze sono:

- **Alterazione del cristallino artificiale:** danni alla lente intraoculare (**pitting**). Quasi sempre non sono notati dal paziente e non causano calo della vista;
- **Aumento della pressione intraoculare:** generalmente lieve e transitorio;
- **Infiammazione oculare:** generalmente lieve e transitoria.

Altre **rare** complicazioni riportate includono:

- **Edema maculare cistoide:** può richiedere prolungati trattamenti terapeutici e comportare un severo calo della vista;
- **Sublussazione o dislocazione** in camera vitrea del cristallino artificiale: richiede un intervento alla retina per recuperare il cristallino ed impiantarne un altro in sostituzione;
- **Fimosi e/o ulteriore opacizzazione della capsula posteriore:** rende necessario un secondo intervento di capsulotomia laser;

- **Danno alle cellule endoteliali della cornea:** può causare edema cornea e rendere necessario un trapianto di cornea;
- **Distacco di retina:** in seguito al quale sarà necessario un complesso intervento chirurgico.

Possono comunque verificarsi delle complicanze minori o non prevedibili o di natura infettiva.

10. DOLORE POST-PROCEDURA

Normalmente la procedura è indolore, tuttavia, la gestione dell'eventuale dolore verrà trattata in tutto il percorso perioperatorio con terapia adeguata secondo le indicazioni date dal medico. Il paziente deve riferire esattamente al medico se riscontra beneficio alla terapia in corso, in caso contrario la terapia verrà rivista.

11. LE TERAPIE ALTERNATIVE

Nessun collirio può ridurre l'opacità del cristallino. Anche se potenzialmente è possibile, un intervento chirurgico (capsulotomia meccanica) comporterebbe maggiori difficoltà e complicanze. Pertanto, **il laser è la tecnica di gran lunga preferita.**

12. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE

Seguire le istruzioni presenti nella lettera di dimissione e presentarsi ai controlli prestabiliti. Se non è possibile venire ai controlli e contattare l'ospedale, recarsi dal proprio medico di medicina generale o al Pronto Soccorso.

13. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO

Se non eseguito, la capacità visiva è destinata a diminuire, così come la possibilità per l'oculista di esplorare la retina e diagnosticare patologie retiniche.

14. INDICARE CON UNA X L'OCCHIO INTERESSATO DAL TRATTAMENTO PROPOSTO



OCCHIO
DESTRO



OCCHIO
SINISTRO

15. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

La probabilità di successo con soddisfazione del paziente è **molto alta**.

Appunti del paziente per eventuali domande da fare al medico

- 1.) *Dopo l'operazione in Day Hospital posso guidare per tornare a casa?*
- 2.) *Dopo quanti giorni posso tornare al lavoro?*
- 3.) _____

Si precisa, infine, che questa unità, afferendo ad un Policlinico Universitario deve ottemperare anche ai correlati compiti di formazione universitaria. Pertanto è possibile che una procedura venga eseguita da un medico chirurgo iscritto alla Scuola di Specializzazione di Oftalmologia oppure a corsi di formazione specialistica ma sempre sotto la diretta sorveglianza e supervisione di un medico specialista strutturato del Policlinico Universitario.

16. EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

Nell'ambito dell'educazione clinica dei pazienti, la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico ha creato delle pagine web e degli opuscoli informativi utili al paziente.

Di seguito trova il QR code, che potrà inquadrare con il suo cellulare, e che la porterà alle informazioni cliniche e organizzative di sua utilità.



**GUIDA AL PERCORSO DI
PREOSPEDALIZZAZIONE**



**GUIDA
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO**



**INDICAZIONI PRE-OPERATORIE PER
INTERVENTI DI CHIRURGIA OCULARE**



**INDICAZIONI POST-OPERATORIE PER
INTERVENTI DI CHIRURGIA OCULARE**

RICEVUTA DI CONSEGNA DELLA NOTA INFORMATIVA

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO CHE QUESTO MODULO INFORMATIVO MI È STATO CONSEGNATO IN TEMPO UTILE PER PERMETTERMI DI LEGGERLO CON ATTENZIONE E MATURARE EVENTUALI DUBBI DA CHIARIRE CON IL PERSONALE MEDICO.

Inoltre, nel mio caso, il chirurgo ritiene sia preferibile adottare la tecnica _____

Data ___/___/_____

Firma del paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore

Io sottoscritto dott. _____

confermo di aver fornito al paziente tutte le informazioni sopra riportate².

Ora ___ : ___

Data ___/___/_____

Firma del medico

**QUESTO MODULO DEVE ESSERE CONSERVATO IN CARTELLA CLINICA
INSIEME AL MODULO “POL06 – CONSENSO INFORMATO” FIRMATO**

OCUL11 – rev.08.05.2023

² Nel caso in cui il medico intenda avvalersi di “testimoni” dell’atto del consenso è necessario raccogliergli le generalità e la firma leggibile di ognuno di essi.