

NOTA INFORMATIVA FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON 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

OCUL14 – rev. 03.02.2025

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 AL TRATTAMENTO CON ARGON 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”.

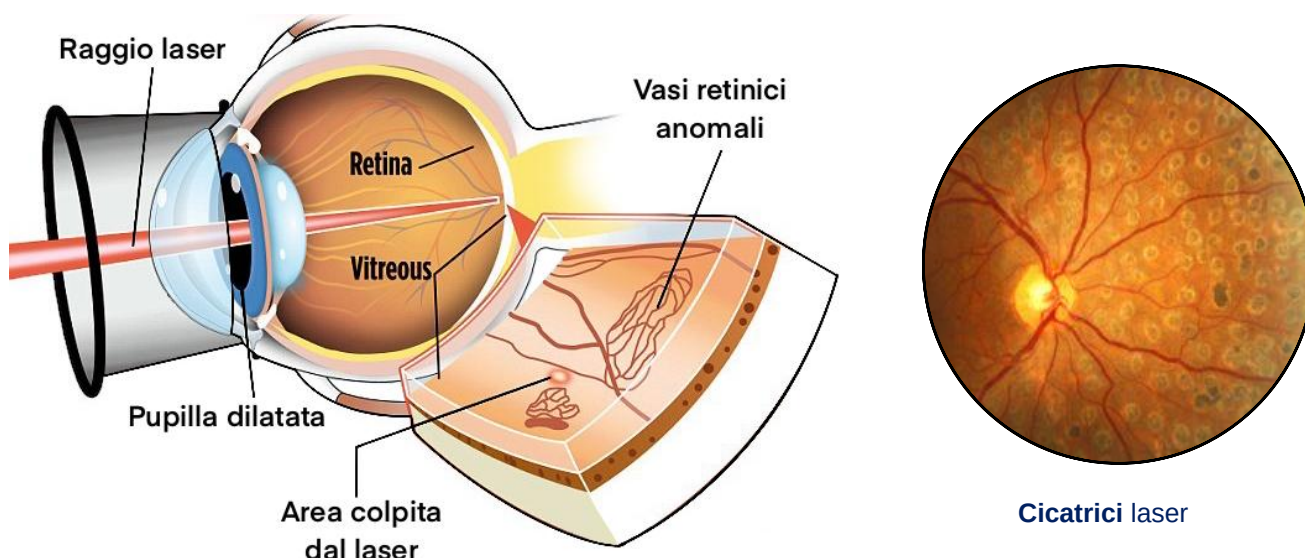
1. QUALI SONO LE PATOLOGIE RETINICHE CHE POSSONO BENEFICIARE DI UNA FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON LASER?

- **Foro o rottura retinica:** in particolari condizioni può accadere che si formino dei “buchi”, cioè dei fori, o addirittura, delle lacerazioni nello spessore retinico. Queste lesioni sono pericolose perché possono predisporre al **distacco di retina**. I sintomi rivelatori sono solitamente la percezione di **lampi** o la visione di corpi mobili, fluttuanti (“**mosche volanti**”). A volte, le lesioni sono scoperte nell’assenza di sintomi specifici.
- **La retinopatia diabetica:** il diabete dopo qualche anno di evoluzione può provocare importanti perturbazioni della circolazione retinica responsabili di un grave calo della vista. Il laser può venir proposto per trattare delle grandi zone della retina (**panfotocoagulazione**) quando esista un **rischio di emorragia** intraoculare. Il trattamento viene realizzato in più sedute. Il laser può anche essere proposto quando esista un edema maculare o delle aree ischemiche. Lo scopo ricercato è quello di ridurre il rischio di perdere la vista o addirittura il bulbo oculare. Il laser non ha di solito un effetto positivo sulla vista, anzi a volte può peggiorarla. Nei casi più gravi, non ci sono trattamenti alternativi al laser se non la chirurgia vitreale.
- **Occlusione venosa retinica:** in pazienti predisposti, può verificarsi l’occlusione della vena centrale della retina o di una sua branca che provoca un’ipossia retinica. L’ipossia è uno stimolo alla formazione di neovasi che provocano **emorragie**, edemi e glaucoma neovascolare.
- **Corioretinopatia sierosa centrale:** è una patologia caratterizzata da un distacco localizzato della retina in regione maculare secondario ad accumulo di liquido sottoretinico.
- **Altre patologie retiniche:** postumi di operazioni per distacco della retina, angiomatosi, macroaneurisma, ed altre.

2. CHE COS’È LA FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON LASER

La **fotocoagulazione al laser** utilizza una luce capace di trasportare una certa quantità di energia, che viene indirizzata verso specifiche aree della retina. L’energia laser assorbita dalla retina viene convertita in **energia termica**, aumentando la temperatura del tessuto. Le **ustioni termiche** alterano il tessuto e portano alla morte locale delle cellule retiniche e alla necrosi coagulativa. Nel corso del tempo, queste aree di tessuto termicamente danneggiato finiscono per cicatrizzarsi.

Quindi, il laser può creare una **cicatrice**, **coagulare un vaso** o **distruggere un tessuto anormale**.



3. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA?

Il trattamento si effettua solitamente in ambulatorio. Il paziente è seduto davanti all'apparecchio e poggia mento e fronte su appositi supporti. Prima dell'inizio della procedura viene applicato un collirio per la dilatazione della pupilla e un collirio anestetico. Raramente l'anestesia locale viene praticata tramite un'iniezione intorno all'occhio. Successivamente, un certo numero di impatti laser saranno applicati con o senza interposizione di una lente posta sull'occhio.

4. QUALI SONO I BENEFICI?

Nella maggioranza dei casi questo trattamento contribuisce a **prevenire un calo ulteriore della vista** ma non a migliorarla. Eccezionalmente può sopraggiungere un calo definitivo della vista a seguito di questo trattamento. Le miosopsie (**mosche volanti**), qualora presenti, non scompariranno dopo questo trattamento.

5. IDONEITÀ ALL'INTERVENTO

La presenza di **segni** identificati durante la visita oculistica è l'indicazione principale all'intervento.

6. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

La mattina stessa, prima di effettuare il laser, il paziente dovrà firmare il **consenso informato** all'intervento. Successivamente, viene somministrato un collirio per la dilatazione pupillare e un collirio anestetico.

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.

7. INFORMAZIONI E DURATA DELLA PROCEDURA

L'intervento in sé ha generalmente una breve durata (**15-20 minuti**). Tuttavia, i tempi potrebbero essere molto più lunghi nel caso di trattamenti molto estesi o scarsa visualizzazione.

8. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

Prima di lasciare il Policlinico, il paziente riceve un referto che riporta la procedura che è stata eseguita ed eventualmente una terapia da seguire nei successivi giorni.

Il paziente deve iniziare le cure prescritte entro poche ore dall'intervento. I farmaci prescritti servono a prevenire complicazioni.

Nella gran maggioranza dei casi, il paziente potrà riprendere le attività quotidiane dal giorno dopo.

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.

9. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Nella maggioranza dei casi, questo trattamento contribuisce a **prevenire un calo ulteriore della vista**.

Oltre agli avversi avversi riportati nel paragrafo 10, i fastidi sovente riportati sono:

- comparsa di corpi mobili vitreali o “**mosche volanti**”.
- temporanea **sensazione di abbagliamento**, durante e dopo la procedura;
- capogiri, annebbiamento della vista, **mal di testa**, e/o dolore oculare che spariranno nelle ore successive alla procedura

La procedura può, soprattutto nei giovani, causare malessere vagale (**svenimento**).

10. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

Qualsiasi procedura prevede la possibilità di complicanze. Le principali complicanze della fotocoagulazione con Argon laser sono molto **rare** e vengono riportate qui di seguito:

- **Calo della vista** più o meno duraturo;
- Danno permanente alla **macula** (il centro della vista);

- **Alterazioni del campo visivo**, centrale o periferico;
- Attacco di **glaucoma acuto**;
- Infiammazione o infezione della cornea (**cheratite**);
- Infiammazione o infezione della congiuntiva (**congiuntivite**);
- **Dilatazione pupillare** persistente nel tempo e conseguente **fotofobia**;
- **Emorragia**;
- **Distacco di retina**.

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

11. DOLORE POST-PROCEDURA

Il dolore dopo l'intervento non è di solito presente. La terapia con farmaci anti-infiammatori in collirio o per via orale è di solito sufficiente a controllare l'eventuale dolore postoperatorio.

12. LE TERAPIE ALTERNATIVE

Eventuali terapie alternative dipendono dalla tipologia di malattia da trattare e dalla sua gravità:

- **Iniezioni intravitreali**: sono un trattamento comune per le malattie oculari come **l'edema maculare** o la **retinopatia diabetica**. Prevedono l'iniezione di farmaci (steroidi, anti-VEGF) dentro l'occhio al fine di ridurre l'infiammazione, la proliferazione di vasi sanguigni anomali e/o le emorragie;
- **Chirurgia vitreoretinica**: viene eseguita quando le patologie retiniche sono troppo severe per essere trattate con il laser;
- **Terapia fotodinamica (PDT)**: prevede l'uso di una sostanza fotosensibile che viene iniettata nell'organismo e poi attivata a livello oculare per combattere alcune patologie maculari.

È importante sottolineare che la tipologia di trattamento dipende dalla specifica condizione medica e dall'opinione del medico oculista. Pertanto, si consiglia sempre di discutere con il medico le opzioni di trattamento disponibili e di scegliere insieme la terapia più adatta per la propria situazione.

13. 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.

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



OCCHIO
DESTRO



OCCHIO
SINISTRO

13. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

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

14. 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**

OCUL14 – rev. 03.02.2025

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