



A.S.L. TO1

Azienda Sanitaria Locale
Torino

019 – Richiesta e consenso trattamento laser ASL TO1

SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA

Via San Secondo, 29 - 10128 TORINO

Tel: 011.5661566 - Fax: 011.5662015

RICHIESTA DI TRATTAMENTO LASER

Sig. Data Ora

Trattamento Argon laser
(OC76)

focale

panretinico

settoriale

lesione regmatogena

trabeculoplastica

gonoplastica

Trattamento YAG laser

iridoclasia (OC65)

capsulotomia (OC71)

Controindicazioni all'uso di midriatici

sì

no

Visus

OD/..... correzione

OS/..... correzione

Tono

ODT.....OST.....

Diagnosi

OD.....

OS.....

Indicazione terapeutica:

.....

.....

Medico Oculista richiedente

- **PORTARE IMPEGNATIVA MUTUALISTICA** con la dicitura esatta dell'esame da effettuare; l'impegnativa ha validità 30 giorni con riferimento alla data dell'esame.
- Portare questa richiesta interamente compilata a cura del Medico Oculista richiedente;
- Portare referti precedenti;
- Leggere e firmare il consenso informato (vedi pagina retro).

E' assolutamente necessario compilare e consegnare il presente modulo al momento del trattamento laser per non incorrere nella cancellazione dello stesso.

INFORMAZIONE e CONSENSO AL TRATTAMENTO LASER

Il/la sottoscritto/a, nato/a ail.....

AUTORIZZA

I medici del reparto di oculistica dell'Ospedale Evangelico Valdese al trattamento laser.

(*) Il/La sottoscritto/a è stato/a informato/a in modo chiaro circa tutti i rischi generici e specifici, anche se marginali, riguardanti sia la preparazione che l'esecuzione del trattamento laser Argon o Yag, le medicazioni, le cure post-laser, il decorso normale e le eventuali complicazioni che possono presentarsi. Il/La sottoscritto è stato/a informato in modo chiaro e comprensibile che i risultati di cui si è parlato durante la consultazione sono quelli normalmente ottenibili in assenza di complicazioni, che comunque in chirurgia e parachirurgia nessun risultato può essere garantito o considerato certo, in quanto questo è determinato, oltre che dalla qualità e dalle condizioni iniziali dei tessuti, non solo dagli atti chirurgici praticati, ma anche dalle specifiche reazioni dell'organismo in generale e delle zone operate in particolare.

(**) Il/la sottoscritto/a è stato/a informato/a che il regolare decorso ed il risultato del trattamento laser sono subordinati alla scrupolosa osservanza sia delle prescrizioni fisiche e terapeutiche, che della puntualità delle medicazioni e delle visite di controllo. Il Medico Chirurgo si impegna comunque ad agire con perizia, prudenza e diligenza ad ottemperare ad ogni obbligazione di mezzi che possano essere messi in atto al fine di perseguire il miglior risultato possibile.

(****) I Medici Chirurghi, pur non essendo possibile la garanzia di risultato in nessun trattamento laser, si impegnano ad intervenire per qualsiasi complicanza o per qualsiasi ritocco si renda necessario a correggere eventuali inconvenienti suscettibili di miglioramento, purché tempestivamente segnalati; Il/La sottoscritto/a, peraltro, rinuncia al risarcimento, nell'ipotesi di ricorso ad altro operatore, per la correzione di inconvenienti correggibili.

(*****) Il/La sottoscritto/a dichiara di aver capito le suddette informazioni e di essere consapevole dei rischi del trattamento e post-trattamento laser, che non possono essere completamente previsti, anche con le migliori tecniche eseguite nel modo migliore dai migliori Medici Chirurgici. Il/La sottoscritto/a è convinto/a che i presupposti benefici, provenienti dalla soddisfazione personale conseguente agli interventi programmati, superi i suddetti rischi. Avendo raggiunto la presente conclusione, si assume l'intera responsabilità per la sua scelta di essere sottoposto/a ai suddetti trattamenti laser.

Il/La sottoscritto/a dichiara di firmare la presente autorizzazione al trattamento laser in epigrafe con consenso informato e consapevole, nel pieno possesso delle sue facoltà mentali e senza essere sotto l'effetto di alcun farmaco.

Torino, Firma del paziente.....

Ai sensi dell'Art. 1341 del Codice Civile, il/la sottoscritto/a dichiara di approvare ed autorizzare espressamente gli interventi indicati al punto (*), di rispettare l'impegno a seguire le prescrizioni ed a sottoporsi puntualmente alle medicazioni ed alle visite di controllo esposte al punto (**), di autorizzare le eventuali modifiche della condotta operatoria ed anestesiologicala citate al punto (***), di approvare la clausola di non risarcibilità esposta al punto (****), che tutti quanti i concetti e le spiegazioni avute sono adeguate al proprio livello culturale ed intellettuale, che si sottopone agli interventi per sua libera scelta consapevole ed informata (*****), che al momento della firma di questo documento è nel pieno possesso delle sue facoltà mentali e non è sotto l'effetto di nessun farmaco.

Riconosco che la natura del trattamento ed i rischi sono stati spiegati in termini che ho capito e che il Medico ha risposto in modo soddisfacente a tutte le domande che gli ho posto. Ho disposto di un periodo di tempo sufficiente per riflettere e do il mio consenso. Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto la guida al consenso informato con note informative e di consegnare la documentazione relativa alla prestazione al proprio Medico curante affinché ne prenda visione.

Torino, firma del paziente

Il presente consenso informato è stato sottoposto all'esame del tutore o accompagnatore di paziente interdetto, minorenne, non vedente, analfabeta.

Autorizzazione sottoscritta in presenza del Dr. e dell'I.P.