



**A.S.L. TO2**  
Azienda Sanitaria Locale  
Torino Nord

U.O.a OCULISTICA – MARIA VITTORIA  
CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA ROP  
DIRETTORE DOTTOR G. ANSELMETTI

Tel: 011/4393234-355 - e mail: [oculistica.omv@aslto2.it](mailto:oculistica.omv@aslto2.it)

## CONSENSO INFORMATO

### Trattamento Laser della retina

Signora, Signorina, Signore,

lei soffre di un'afezione della retina responsabile dei suoi disturbi visivi. Il suo oculista le propone un trattamento per fotocoagulazione al laser, poiché nel suo caso è il modo più appropriato per prevenire un calo ulteriore della vista.

Questa scheda contiene le informazioni sull'operazione che le è proposta, sui risultati e sui rischi.

#### **Perché questo trattamento laser?**

Poiché lei presenta una delle seguenti affezioni che rischiano di causare un calo visivo più o meno grave che può portare alla perdita definitiva della vista:

- Lacerazione o buco della retina: i sintomi rilevatori sono solitamente la percezione di lampi o la recrudescenza di corpi fluttuanti. A volte le lesioni sono scoperte nell'assenza di sintomi. Lo scopo del trattamento è di creare una reazione cicatriziale solida intorno alla lesione e tentare di prevenire un distacco della retina. Nella maggioranza dei casi, la cicatrizzazione duratura della lacerazione viene ottenuta. Questo trattamento non impedisce la formazione di altre lacerazioni. A seconda dei casi, un trattamento più esteso (sbarramento circolare) può venir proposto.
- Retinopatia diabetica: il diabete dopo qualche anno di evoluzione provoca importanti perturbazioni della circolazione retinica responsabili di un grave calo della vista. Il laser può venire proposto per trattare delle grandi zone della retina (pan fotocoagulazione) 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. Lo scopo ricercato è allora di rendere stabile la vista.
- Degenerazione maculare legata all'età: è la causa principale del calo della vista dopo i 65 anni. Corrisponde a un alterazione della regione centrale della retina: la macula, la cui compromissione comporta gravi conseguenze sulla vista, soprattutto nella lettura e nella scrittura. La forma atrofica, più frequente non può beneficiare del trattamento laser. La forma essudativa, caratterizzata dall'apparizione sotto la retina di neovasi responsabili di emorragie, di edemi e infine di una distruzione dei neovasi. la fotocoagulazione permette a volte una stabilizzazione della vista. Comunque sono necessari dei controlli poiché le recidive sono frequenti. Altre affezioni retiniche possono beneficiare di un trattamento laser: postumi di occlusioni venose

retiniche, tumori dell'occhio, postumi di operazioni del distacco della retina, angiomatosi, macroaneurisma, corio retinopatia sierosa centrale (questa lista non è limitativa).

### **La fotocoagulazione al laser**

Utilizza una luce capace di trasportare una grande quantità di energia che sarà consegnata ad un luogo preciso dell'occhio. Può creare una cicatrice, coagulare un vaso, distruggere un tessuto anormale. Esistono diversi tipi di laser capaci di emettere raggi di colori diversi, dal blu all'infrarosso: laser argon, laser krypton, laser diode, laser Nd-Yag

- Il trattamento: si effettua solitamente in ambulatorio. Il paziente è seduto davanti all'apparecchio. La pupilla è dilatata grazie all'installazione di un collirio. Un certo numero di impatti laser saranno applicati con o senza interposizione di una lente posta sull'occhio. La durata del trattamento non supera i 15 - 20 minuti a seduta.
- Anestesia: l'occhio viene reso insensibile da un collirio, raramente con delle iniezioni nelle vicinanze
- Incidenti o difficoltà durante l'intervento: verrà avvertita una sensazione di abbagliamento, potrà prolungarsi durante il trattamento. Il trattamento normalmente è poco doloroso. Può, in alcune persone, causare un malessere vagale e giustificare l'assunzione di una medicina.

### **Evoluzione postoperatoria abituale**

- Nella gran maggioranza dei casi lei potrà andarsene subito dopo il trattamento riprendere le sue attività quotidiane già dal giorno dopo.
- Effetti indesiderabili: nelle prime ore, potete avvertire un capogiro, la vista annebbiata, mal di testa, un dolore che spariranno velocemente.
- Le cure locali si limitano all'installazione di gocce secondo le modalità che le saranno precisate dal suo oculista.
- Un controllo sarà necessario in data da definirsi con il suo oculista.

### **Le complicazioni dell'operazione del distacco della retina**

Gravi complicazioni della fotocoagulazione al laser sono rare. Si tratta di alterazioni del campo visivo periferico e a volte di un calo dell'acutezza visiva più o meno duraturo dopo la fotocoagulazione pan retinica sui diabetici.

Altre complicazioni meno gravi:

-irritazione nella cornea (cheratite)

-infezione corneo-congiuntivale (batterica o virale)

-eccezionalmente:dilatazione pupillare prolungata, crisi di glaucoma acuto.

Nella maggioranza dei casi questo trattamento contribuisce a prevenire un calo ulteriore ma non migliora la vista. Eccezionalmente può sopraggiungere un calo definitivo della vista durante questo trattamento.

---

**Il suo oculista è disposto a rispondere a ulteriori sue domande. La legge obbliga il medico a fornire una prova di aver informato il paziente. Quindi le chiediamo di firmare questo documento (formato da n°2 pagine) in duplice copia, di cui una viene conservata dal suo medico.**

Io sottoscritto

---

Riconosco che la natura dell'esame o dell'intervento, comprese i rischi, mi 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 una proroga sufficiente per riflettere e:

DO IL MIO CONSENSO (data e firma) \_\_\_\_\_

NON DO IL MIO CONSENSO per la realizzazione dell'atto che mi è stato proposto (data e firma) \_\_\_\_\_

In caso di paziente minore/interdetto/incapace, la presente informazione è stata fornita al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nella sua qualità di:

(legale rappresentante), il/la quale ha rilasciato il relativo consenso/dissenso

---

Il responsabile del trattamento medico-chirurgico

Data \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_