



SOI
Società Oftalmologica Italiana

Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

LINEE GUIDA

INFORMAZIONE E CONSENSO IN OFTALMOLOGIA

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Marzo 2007

L'erogazione al paziente delle informazioni relative ai trattamenti che gli vengano proposti hanno come obiettivo **la condivisione** con il paziente dei possibili vantaggi e degli eventuali rischi o dei possibili svantaggi correlabili a quegli atti.

La condivisione del paziente si esprime attraverso il rilascio del suo consenso ad un determinato trattamento.

Appare evidente che ci troviamo di fronte a due diversi momenti che devono essere distinti sia formalmente sia, soprattutto, temporalmente - prima l'informazione e poi il consenso - perché quest'ultimo sia rilasciato validamente.

Pertanto, esisteranno diverse e specifiche schede informative per un solo atto di consenso. Infatti, disporremo di schede informative diverse e specificamente realizzate per il trattamento proposto ma l'atto di consenso rimarrà sempre lo stesso in quanto non necessita di alcuna specificità.

L'obiettivo di questa impostazione è di uniformare il più possibile le schede informative privandole di tutti gli aspetti relativi all'atto di consenso.

L'atto di consenso deve essere allegato alla scheda informativa condivisa con il paziente di cui diviene parte integrante.

Procedura

1. approntare due copie della scheda informativa completa di atto di consenso
2. spiegare al paziente il contenuto della scheda informativa
3. far segnare al paziente su entrambe le copie dell'atto di consenso la data in cui ha ricevuto la scheda informativa e la sua spiegazione
4. consegnare al paziente una copia della scheda informativa completa dell'atto di consenso con la data di spiegazione e consegna ed allegare l'altra copia con la data di spiegazione e consegna alla cartella clinica
5. spiegare al paziente come può ottenere ulteriori informazioni
6. se non esistono condizioni di urgenza lasciar trascorrere almeno una settimana prima del trattamento
7. invitare il paziente a riportare la sua copia della scheda informativa completa dell'atto di consenso debitamente completata con la firma, la data in cui acconsente all'intervento - diversa da quella di consegna e spiegazione - e tutti gli spazi in bianco sbarrati
8. completare allo stesso modo - data, firma, spazi in bianco sbarrati - la copia allegata alla cartella clinica



SOI
Società Oftalmologica Italiana

Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

ATTO DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a Sig/ra CF:
Documento: N° Rilasciato da il
Affetto/a da

nell'occhio DESTRO SINISTRO ENTRAMBI

Il/La/I sottoscritto/a/i.....
GENITORI ESERCENTI LA PATRIA POTESTA' del minore.....
Affetto/a da

nell'occhio DESTRO SINISTRO ENTRAMBI

Il/La sottoscritto/a.....
COME DA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA CARTELLA CLINICA
TUTORE di.....
Affetto/a da

nell'occhio DESTRO SINISTRO ENTRAMBI

dichiara/dichiarano in piena coscienza

- di aver ricevuto una completa spiegazione verbale del documento scritto di informazione sullo scopo e sulla natura del trattamento proposto di
- che il documento scritto di informazione è stato spiegato e consegnato il.....
- di aver pienamente compreso le informazioni che sono state fornite sulla evoluzione naturale della malattia, sulle conseguenze, sui rischi e sulle possibili alternative terapeutiche e di condividere i possibili vantaggi e gli eventuali rischi o svantaggi derivanti dal trattamento con particolare riguardo a trattamenti da eseguire contemporaneamente in entrambi gli occhi
- di aver compreso che il miglior risultato visivo presumibilmente ottenibile con questo trattamento rispetto all'acuità visiva riportata in cartella clinica prima del trattamento può essere:
 - il miglioramento dell'acuità visiva
 - il mantenimento dell'acuità visiva
 - il peggioramento dell'acuità visiva



SOI
Società Oftalmologica Italiana

Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

- di aver potuto chiedere al Dr/Prof..... ulteriori chiarimenti sui seguenti punti
- di aver avuto risposte chiare, complete ed esaurienti
- di essere informato/a/i sull'obbligo di osservare le prescrizioni postoperatorie e sulle conseguenze derivanti da negligenza nell'osservanza di dette prescrizioni
- di essere informato/a/i 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 e che tutti gli spazi in bianco sono stati completati o sbarrati prima della firma del presente atto
- di avere avuto il tempo necessario per riflettere e pertanto

si rilascia il consenso al trattamento di

.....

nell'occhio DESTRO SINISTRO ENTRAMBI

si autorizza

- il Dr/Prof.....e la sua equipe ad eseguire il trattamento oggetto dell'allegato documento di informazione
- la eventuale conversione dall'anestesia topica alla locale o alle generale ove ne insorgesse la necessità
- ad effettuare tutte le ulteriori terapie che si rendessero necessarie durante lo svolgimento del trattamento
- ad effettuare tutte le variazioni al trattamento anche in riferimento a tutti i materiali utilizzati nel corso del trattamento, inclusi quelli "impiantabili", che si rendessero necessarie durante lo svolgimento dello stesso

Data_____ Firma del paziente_____

Firma dei genitori del paziente minore_____

Firma del tutore del paziente inabilitato_____

Firma di chi riceve il presente documento_____