



Paziente

### **Consenso informato per sollevamento del flap**

#### **INDICAZIONI:**

La sua cornea ha un flap creato durante una precedente procedura LASIK o Femtolasik.

In rare occasioni, può essere necessario il sollevamento del flap per riposizionarlo ,se dislocato o non perfettamente in sede, per l'eliminazione di strie,per la rimozione di detriti, per rimuovere la crescita interna di epitelio, per infezioni o per altre indicazioni ritenute adeguate per migliorare il suo caso.

Nel caso in cui il flap sia eccessivamente alterato e quindi non sia possibile riposizionarlo , si procederà all'eliminazione del flap residuo , si attenderà la riepitelizzazione, favorita dall'apposizione di una lente a contatto terapeutica e in seguito, se necessario ; si eseguiranno eventuali ulteriori trattamenti necessari.

ALTERNATIVE: Lasciare il flap mal posizionato o alterato senza recuperare una visione accettabile.

#### **RISCHI:**

Nessuna procedura è sicura al 100%, possono esserci complicazioni come infezioni, sovra o sottocorrezione , distorsione delle immagini, visione sdoppiata, visione di aloni, bagliori, sensazione di corpo estraneo , dolori e tutto quanto riportato in letteratura.

#### **BENEFICI:**

Miglioramento della visione, riduzione o eliminazione della distorsione / visione sdoppiata , rimozione delle strie del flap corneale, eliminazione di detriti ,eliminazione di agenti infettivi, eliminazione di tessuti alterati, riduzione o eliminazione della crescita epiteliale.

Come in tutte le procedure chirurgiche questo consenso informato non può elencare le complicate non ancora note o non ancora descritte .

#### **ACCETTAZIONE DEI RISCHI DEL PAZIENTE**

Ho letto le informazioni di cui sopra (o mi è stato letto) e ne ho discusso con il mio medico. Capisco che è impossibile per il medico informarmi di ogni possibile complicazione che potrebbe verificarsi. Il mio medico mi ha detto che i risultati non possono essere garantiti e che potrebbero essere necessari più trattamenti o interventi chirurgici. Firmando sotto, sottoscrivo che il mio medico ha risposto a tutte le mie domande e che ho capito e accetto i rischi, i benefici e le alternative all'intervento.

Desidero un'operazione \_\_\_\_\_  
sul mio \_\_\_\_\_ Occhio destro \_\_\_\_\_ Occhio sinistro

\_\_\_\_\_

Data firma del paziente (o persona autorizzata a firmare per il paziente)

Data firma del medico