



**SCHEDA INFORMATIVA**  
**INTERVENTO DI CAPSULOTOMIA LASER**  
APPROVATA DALLA SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA NELL'ANNO 2003

Gentile Signora, Signore,

Lei soffre di una opacizzazione dell'involucro (capsula) che avvolge parzialmente il suo cristallino artificiale. Esso è responsabile di un calo della acuità visiva e di una difficoltà di controllo del suo fondo oculare.

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è proposto, sui risultati e sui rischi. Tutte le espressioni tecniche utilizzate è bene che siano accompagnate da un'ampia descrizione verbale di chiarimento. Quindi Lei è invitato a chiedere tutte le spiegazioni necessarie sui termini che non Le sono chiari.

La sua patologia visiva si chiama \_\_\_\_\_

Il trattamento che le viene proposto è \_\_\_\_\_

Il responsabile del trattamento chirurgico è \_\_\_\_\_

**L'opacità secondaria della capsula**

L'opacizzazione della capsula (l'involucro del cristallino) avviene in circa il 30% dei casi negli anni seguenti all'operazione della cataratta. L'intervento di cataratta ha volontariamente lasciato al suo posto la capsula del suo cristallino. Questa capsula, che avvolge il cristallino artificiale nei mesi ed anni successivi all'intervento di cataratta, può perdere la sua trasparenza perché alcune cellule all'interno proliferano sulla superficie. Il laser ha la funzione di rimuovere questa opacità creata da queste cellule.

**L'intervento laser**

L'intervento (capsulotomia) si effettua in ambulatorio: il paziente è seduto davanti all'apparecchio laser. Un'anestesia oculare locale con gocce rende possibile l'applicazione di una lente sull'occhio utile per focalizzare il raggio laser.

Il trattamento è rapido ed indolore. Generalmente basta una sola seduta.

**Interventi alternativi**

Poiché i colliri non sono in grado di guarire una opacità secondaria e poiché un intervento chirurgico può comportare maggiori difficoltà organizzative, oltre che operatorie, il laser è la tecnica preferita.

**Decorso postoperatorio**

Dopo l'intervento è possibile un certo grado di irritazione o d'infiammazione oculare, la percezione di mosche volanti e una sensibilità accresciuta alla luce .

Le cure consistono nell'instillazione di gocce e nell'eventuale assunzione di compresse per un periodo che sarà precisato dal suo oculista.



### **Mancato intervento**

Non eseguendo questo intervento, la capacità visiva è destinata a diminuire, anche se non in maniera irreversibile, in quanto l'intervento può essere ragionevolmente procrastinato senza comprometterne il risultato.

La presenza di una cataratta secondaria impedisce una buona visione della retina rendendo difficoltosa o addirittura impossibile la diagnosi di eventuali patologie retiniche.

### **Le complicanze**

Trattandosi di un intervento laser, sono possibili complicanze intraoperatorie e postoperatorie cioè che si verificano durante o dopo l'operazione.

#### **Complicanze intraoperatorie sono molto rare:**

- alterazione del cristallino artificiale a causa del laser
- dislocazione del cristallino artificiale

#### **Complicanze postoperatorie gravi:**

- un edema retinico centrale: può richiedere prolungati trattamenti terapeutici e può comportare un calo della vista
- un distacco della retina: è possibile ma molto raro; comporta un intervento chirurgico per riaccollare la retina

#### **Complicanze postoperatorie meno gravi:**

- un processo infiammatorio oculare: moderato e transitorio
- un aumento della pressione intra-oculare transitorio è frequente
- un aumento permanente e duraturo è molto raro
- spostamento del cristallino artificiale impiantato al momento dell'intervento iniziale: è molto raro, può essere necessario un intervento per riposizionarlo.
- recidiva dell'opacizzazione della capsula: è rara e rende necessario un secondo intervento laser.

L'oculista è disposto a rispondere a qualsiasi altro quesito che Lei vorrà porgli.

E' obbligatorio per il medico metterle a disposizione le suddette informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi all'intervento chirurgico. La firma da parte Sua di questo documento vuole essere la conferma per il medico di avere fornito tali informazioni in maniera che Lei ritiene adeguata e comprensibile e di aver soddisfatto ogni Sua domanda e non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.

### **ATTENZIONE!**

- 1) **La capsula che si è opacizzata ha il compito di avvolgere e contenere il cristallino artificiale.**
- 2) **Il laser è in grado di rimuovere l'opacità**
- 3) **Possono comparire delle "mosche volanti" dopo l'esecuzione del laser**
- 4) **Non esistono dei colliri per rimuovere l'opacità**



**SOI**  
**Società Oftalmologica Italiana**

Associazione Medici Oculisti Italiani  
ENTE MORALE  
dal 1869 a difesa della vista

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa

La presente nota informativa ha la finalità di permetterle di rilasciare un consenso che sia effettivamente informato, consapevole e condiviso con il suo medico. E' quindi invitato a leggere accuratamente quanto scritto prima di sottoporsi al trattamento medico o chirurgico, evidenziando qualsiasi aspetto non le sia sufficientemente chiaro e/o qualsiasi ulteriore perplessità. Per quanto riguarda le informazioni relative alla struttura (personale, macchinari, servizi, ecc.) la invitiamo a rivolgersi direttamente al Direttore Sanitario.

Il sottoscritto paziente/genitore/tutore (Cognome e Nome in stampatello)

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni (medico) (scrivere in Stampatello)

\_\_\_\_\_

Firma leggibile (medico) \_\_\_\_\_

**Nelle pagine successive viene allegato il modulo di Atto di consenso.**



## ATTO DI CONSENSO

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Marzo 2007

Primo Aggiornamento – Ottobre 2007

Secondo Aggiornamento – Maggio 2008

Terzo Aggiornamento – Novembre 2009

Quarto Aggiornamento – Novembre 2014

Il sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_ nell'occhio \_\_\_\_\_

### dichiara in piena coscienza

- di aver fornito ai sanitari tutte le informazioni relative allo stato di salute oculare e generale attuale e pregresso, nonché tutte le informazioni sulle terapie oculari e generali in corso e pregresse

- di essere stato informato sulla dotazione tecnico-professionale della struttura dove sarà operato e che, se in corso d'intervento si realizzasse una delle rarissime complicanze che richiede il ricorso all'anestesia generale, e questa non fosse eseguibile presso la struttura dove è eseguito l'intervento cui ora acconsente, diventerebbe necessario disporre il trasferimento in ambiente ospedaliero mediante ambulanza

- di aver ricevuto una completa spiegazione verbale del documento scritto d'informazione sullo scopo e sulla natura dell'intervento di \_\_\_\_\_

- di aver pienamente compreso le informazioni che sono state fornite sull'evoluzione naturale della malattia, sulle conseguenze, sui rischi e sulle possibili alternative terapeutiche e di condividere i possibili vantaggi e i rischi o svantaggi derivanti dal trattamento

- di aver ricevuto dal responsabile del trattamento altri chiarimenti sui seguenti punti:

- essere informato sull'obbligo di osservare le prescrizioni postoperatorie e sulle conseguenze derivanti da negligenza nell'osservanza di dette prescrizioni

- di essere informato 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

- di aver ricevuto le informazioni in data \_\_\_\_\_ e di aver avuto il tempo necessario per riflettere e

**pertanto rilascia il consenso all'intervento di \_\_\_\_\_ in occhio \_\_\_\_\_**

### e autorizza l'equipe chirurgica

- all'eventuale conversione dall'anestesia topica alla locale o alla generale e, se necessario, anche al trasferimento ad altra struttura adeguatamente attrezzata

- a eseguire tutte le altre terapie che si rendessero necessarie durante o a seguito dell'intervento

- a eseguire durante l'intervento tutte le variazioni necessarie, anche in riferimento a tutti i materiali utilizzati inclusi quelli "impiantabili"

Firma del paziente

Firma leggibile di chi riceve il presente documento

Data, \_\_\_\_\_