



## **SCHEDA INFORMATIVA ESAME DELLA RIFRAZIONE NEL BAMBINO**

APPROVATA DALLA SOI - SOCIETÀ' OFTALMOLOGICA ITALIANA NEL LUGLIO 2000

### **All'attenzione del genitore (o del tutore).**

Suo figlio soffre di un calo della acutezza visiva che rende necessaria la ricerca di una anomalia della rifrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo).

Questi disturbi possono coinvolgere uno o entrambi gli occhi e rendono necessario nel bambino l'arresto temporaneo dell'accomodazione.

L'esame della acuità visiva nel bambino deve essere basato su elementi obiettivi, essendo per lo più limitata la sua partecipazione.

### **Misura soggettiva dell'acutezza visiva**

Varia a seconda della età del bambino e a seconda della sua disponibilità a cooperare.

Globalmente da 3 a 18 mesi si possono proporre dei test che richiedono l'uso del linguaggio da parte del bambino. Tra 2 e 4 anni si proporranno dei test con immagini ai bambini.

Oltre i cinque anni si possono utilizzare dei numeri e delle lettere.

Nessun esame soggettivo è sufficiente nel bambino per valutare con precisione la sua rifrazione.

### **Misura obiettiva della anomalia rifrattiva**

Questa necessita di una dilatazione della pupilla e di un arresto temporaneo della accomodazione ottenuti con l'instillazione di collirio (gocce negli occhi).

### **Tipi di colliri utilizzati**

- Diversi colliri (atropina, omatropina, ciclopentolato, tropicamide) possono essere impiegati per ottenere un blocco transitorio più o meno prolungato della accomodazione. Il loro modo di utilizzo viene accuratamente spiegato nella prescrizione effettuata dal medico oculista sulla ricetta medica. Gli effetti normali di questi colliri (dilatazione della pupilla, sensibilità alla luce, difficoltà a leggere e vedere da vicino) possono persistere da qualche ora a diverse settimane a seconda del tipo di gocce prescritte.
- Qualunque sia il tipo di collirio usato, si raccomanda di chiudere per qualche istante l'angolo interno dell'occhio con cotone per far sì che il prodotto venga assorbito, limitandone la fuoriuscita dall'occhio. Si raccomanda di mettere il flacone fuori dalla portata dei bambini, come per qualsiasi altro farmaco.
- Questi colliri sono quasi sempre ben tollerati. Nondimeno un arrossamento passeggero della faccia è possibile nelle ore che seguono l'instillazione delle gocce.



- Rari casi di delirio confusionale o perdita dell'orientamento sono stati osservati con il Ciclopentolato (nome commerciale Ciclolux). L'atropina può avere effetti secondari sul sistema neurovegetativo del tipo secchezza delle fauci, eruzioni cutanee, irritabilità, febbre con accelerazione del battito cardiaco, gonfiore addominale. Se si evidenzia la comparsa di uno di questi sintomi occorre interrompere l'instillazione del prodotto e contattare il proprio oculista.

### **Correzione con occhiali**

- E' indispensabile nei bambini strabici
- E' necessaria nelle anomalie della rifrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo) o nelle grandi differenze di acuità visiva tra i due occhi per evitare la comparsa di ambliopia, ossia il non utilizzo, di un occhio (così detto occhio pigro!).
- La prescrizione di lenti e di montature in plastica o infrangibili è preferibile con i bambini
- Le modalità dell'applicazione della correzione del difetto riscontrato le saranno precisate dal suo oculista. Potrebbe essere necessario dover verificare gli occhiali più volte nell'arco dell'anno.

### **Il suo oculista è disposto a rispondere a ulteriori sue domande:**

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) \_\_\_\_\_

**Nella pagina successiva 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, \_\_\_\_\_