

La Canaloplastica è una nuova tecnica chirurgica antiglaucomatosa che si prefigge di ridurre la pressione intraoculare in maniera fisiologica, sfruttando le vie di deflusso naturali dell'umor acqueo. Similmente ad altre tecniche definite "non perforanti", quali la sclerectomia profonda e la viscocanaloplastica, il bulbo oculare non viene aperto durante l'intervento. Vi è la dissezione di un lembo congiuntivale base al fornice e la creazione di uno sportello sclerale superficiale e profondo. Successivamente viene inserita una sottilissima sonda, dotata di fibra ottica e di microtubulo per l'iniezione di sostanza viscoelastica all'interno del canale di Schlemm. Alla sonda viene agganciato un filo di sutura in prolene 10.0 che viene trascinato per 360° e strettamente annodato. Il posizionamento del filo consente una dilatazione permanente del canale, con uno stabile miglioramento del deflusso dell'umor acqueo.

I vantaggi di tale procedura sono caratterizzati dall'assenza di una bozza filtrante, il meccanismo d'azione che utilizza le vie di deflusso naturali dell'umor acqueo e la bassa percentuale di complicanze.

### Complicanze

Le complicanze sono per lo più intraoperatorie, come:

- le micro perforazioni;
- la rottura della membrana di Descemet;
- l'impossibilità di incannulare il canale di Schlemm (10% circa dei casi).

Le suddette complicanze non determinano, in genere, problemi permanenti all'occhio.

Dopo la procedura la visione potrebbe rimanere annebbiata per alcune settimane ed il risultato definitivo dell'intervento, generalmente, si ottiene dopo 1 mese circa.

I rischi connessi ad un mancato trattamento sono rappresentati da: .....

.....

### ATTO DI CONSENSO INFORMATO

OCCHIO DESTRO       OCCHIO SINISTRO

#### DATI IDENTIFICATIVI

Cognome e Nome del paziente:

.....

Dati identificativi dei genitori, se minore d'età:

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dati del legale rappresentante (se soggetto privo in parte/del tutto di autonomia decisionale):

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

#### DATI SANITARI (a cura del medico)

Indicazione clinica: **GLAUCOMA CRONICO AD ANGOLO APERTO REFRATTARIO ALLA TERAPIA MEDICA**

.....

Atto sanitario proposto: **CANALOPLASTICA**

.....

che potrà essere eseguita in anestesia locale o generale.

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'atto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale del consenso informato e di aver consegnato il prospetto informativo.

Il medico della struttura cui potrà fare riferimento è/sono il/i dott. ....

Data.....

Timbro e firma del medico .....

Firma del paziente (per ricevuto prospetto informativo) .....

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE  
PER INTERVENTO DI CANALOPLASTICA**

Dichiaro di esser stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dal dr. ....  
e di aver compreso la patologia da cui sono affetto/a ed il trattamento proposto.

Ho inoltre compreso tutte le informazioni riportate nel prospetto informativo allegato e consegnatomi, riguardanti in particolare i vantaggi, gli esiti possibili del non trattamento, le alternative e le complicanze della procedura.

Mi è stato spiegato che:  **NON ESISTONO**  **ESISTONO**  
**alternative** a questo trattamento sanitario/chirurgico, con i loro potenziali vantaggi e svantaggi, e cioè:

.....  
.....

**Ho richiesto le seguenti ulteriori informazioni relative all'intervento e alle sue possibili complicanze:**

DOMANDA: .....

RISPOSTA: .....

DOMANDA: .....

RISPOSTA: .....

**Ritengo le risposte chiare ed esaurienti.**

**Allergie:**  **no**  **sì** .....

**Se donna in età fertile:** conferma di  **essere**  **non essere** in stato di gravidanza.

<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>
<u>Recepita l'informazione ricevuta</u>	<u>all'effettuazione della procedura su indicata.</u>
<b>Data</b> .....	<b>Firma del paziente</b> .....

**AUTORIZZO**  **NON AUTORIZZO**

l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune durante l'intervento, nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel modo più esauritivo le condizioni intraoperatorie che le hanno motivate.

Udine, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma del paziente (o del tutore)**

**Firma del Medico**

**ATTO DI REVOCA** del consenso all'intervento di .....

Con la presente, si revoca il consenso sopra espresso.

Udine, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Il Dichiarante .....

Il Medico .....