

La cornea è la membrana trasparente, posta davanti all'iride, che costituisce la porzione anteriore del bulbo oculare ed ha lo scopo di far passare le immagini all'interno dell'occhio e di focalizzarle sulla retina. Quando la cornea perde la sua trasparenza o diventa irregolare, le immagini che vediamo non possono essere più messe a fuoco correttamente sulla retina. Se le terapie mediche non sono in grado di risolvere il problema, se i danni corneali sono superficiali o le deformazioni corneali non sono evolute, e possibile ridare trasparenza e funzionalità alla cornea sostituendo solo lo stroma corneale risparmiando lo strato interno endotelio-descemet nelle patologie in cui quest'ultimo strato risulta integro.

Procedura DSAEK: l'intervento viene effettuato in anestesia locale o generale. Consiste nella rimozione dell'endotelio malato e nella sua sostituzione con un endotelio sano prelevato da un donatore. L'intervento viene effettuato attraverso un tunnel di accesso corneale o sclero-corneale con appositi strumenti. Alla fine dell'intervento viene insufflata una bolla d'aria in camera anteriore per facilitare l'adesione del lembo donatore e della cornea del ricevente. Il tessuto corneale da impiantare proviene da un Banca degli Occhi ed è accompagnato da un certificato che ne attesta la provenienza e l'assenza di patologie corneali trasmissibili riconosciute.

Procedura DALK: l'intervento viene effettuato in anestesia locale o generale. Consiste nella rimozione della maggior parte del tessuto stromale con particolari tecniche ("big bubble" o similari) lasciando in sede l'endotelio la membrana di Descemet e una sottile porzione di stroma. Il tessuto corneale da impiantare proviene da un Banca degli Occhi ed è accompagnato da un certificato che ne attesta la provenienza e l'assenza di patologie corneali trasmissibili riconosciute.

Vantaggi

- Minore invasività chirurgica rispetto ad una cheratoplastica perforante
- Assenza di difetti refrattivi rilevanti
- Rischio di rigetto ridotto

Complicanze

Le più comuni complicanze sono rappresentate da:

- ipertono oculare;
- infezione;
- perforazione della cornea con conseguente conversione in cheratoplastica perforante.

Tale intervento, in alcuni pazienti, potrà determinare i seguenti postumi:

- astigmatismo irregolare;
- mal posizionamento del lembo con riduzione della vista;
- scompenso del lembo trapiantato;
- rigetto del trapianto;
- glaucoma secondario;
- cataratta.

Qualora, durante l'intervento, si verificassero particolari difficoltà di ordine tecnico legate sia alla malattia che alle condizioni generali, potrebbero essere apportate delle modifiche alla procedura chirurgica programmata con un trapianto corneale a tutto spessore.

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:

Atto sanitario proposto: **CHERATOPLASTICA LAMELLARE POSTERIORE (DSAEK)**

CHERATOPLASTICA LAMELLARE PROFONDA (DALK)

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.

Etichetta del paziente

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 CHERATOPLASTICA**

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 complicità 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"/> ACCONSENTO	<u>all'effettuazione della procedura su indicata.</u>
<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO	
Data	Firma del paziente

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 esaustivo 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