



SOI
Società Oftalmologica Italiana

Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa

SCHEDA INFORMATIVA
ESAME DEL BAMBINO IN ANESTESIA GENERALE
APPROVATA DALLA SOI - SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA NELL' ANNO 2000

All'attenzione del genitore (o del tutore).

Suo figlio soffre di una malattia oftalmologica all'origine di un calo della acutezza visiva o di un non sviluppo della acutezza visiva.

Il solo modo per rendere la diagnosi precisa è addormentare suo figlio.

Questo esame ha come scopo fare un bilancio dello stato degli occhi di suo figlio, di chiarire il tipo di anomalia e di proporre una eventuale indicazione chirurgica.

Con il suo consenso in ragione del carattere di urgenza di alcune malattie e dello stato generale precario di suo figlio un atto chirurgico immediato può essere necessario e in alcuni casi anche nei due occhi contemporaneamente.

Inoltre dei controlli regolari in anestesia generale potranno dimostrarsi necessari a seconda della evoluzione.

Il suo oculista è disposto a rispondere a ulteriori sue domande

La legge obbliga il medico a fornire una prova di aver informato il paziente.

Quindi Le chiediamo di firmare questo documento (formato di n. 2 pagine) in duplice copia, di cui una viene conservata dal suo medico.



SOI
Società Oftalmologica Italiana

Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa

Io sottoscritto

riconosco che la natura dell'esame o dell'intervento, compresi i rischi, mi sono stati spiegati in termini che ho capito, e che il medico ha risposto in modo soddisfacente a tutte le domande che gli ho posto.

Ho disposto di una proroga sufficiente per riflettere e :

DO IL MIO CONSENSO (data e firma).....

NON DO IL MIO CONSENSO per la realizzazione dell'atto che mi è stato proposto (data e firma)

.....

In caso di paziente minore/interdetto/incapace, la presente informazione è stata fornita

al Sig./Sig.ra

nella sua qualità di :

(legale rappresentante), il/la quale ha rilasciato il relativo consenso/dissenso.

Il responsabile del trattamento medico-chirurgico Dott.....