

|                                                                                  |                                                                                                      |                              |                |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|
|  | <p>Pre Operatorio</p> <p><b>CONSENSO<br/>ALL'INTERVENTO DI<br/>RIMOZIONE DI OLIO DI SILICONE</b></p> | Mod. 0208                    | Pag. 1 di 1    |
|                                                                                  |                                                                                                      | Parola chiave: olio silicone |                |
|                                                                                  |                                                                                                      | Rev. 01                      | del 22/01/2026 |

### Unità Funzionale di Oculistica

Io sottoscritto: Signor/a

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

**nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**residente a** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_

**dichiaro** di essere pienamente cosciente.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- Di essere stato informato dei rischi e delle complicazioni solitamente connessi
- Di aver pienamente compreso le informazioni che gli sono state fornite
- Di essere stato soddisfatto riguardo ogni ulteriore richiesta d'informazione
- Di aver avuto il tempo necessario per riflettere

Avendo avuto il tempo necessario di riflettere, acconsento ad essere sottoposto all'intervento di rimozione di olio di silicone sul mio occhio \_\_\_\_\_, in anestesia \_\_\_\_\_ con la tecnica operatoria che il chirurgo riterrà opportuna in relazione al mio caso clinico nella modalità di

☐ chirurgia di giorno o day surgery

☐ ricovero ordinario

Acconsento inoltre, in caso di necessità, ad essere sottoposto ad eventuali Emotrasfusioni.

Data \_\_\_\_\_

Il paziente \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

|                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA</b> _____</p> <p><b>Firma del Paziente/Tutore Legale</b> _____</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|