



## INIEZIONE ENDO-OCULARE DI AVASTIN (BEVACIZUMAB)

### Modulo di consenso informato

Gentile Signora, Signore,

Lei soffre di una malattia definita \_\_\_\_\_

Il trattamento che le viene proposto consiste nella iniezione endo-oculare del farmaco **Avastin**

INTRACAMERULARE

INTRAVITREALE

Nella nota informativa che Le è stata consegnata, che consigliamo di conservare, sono riportate tutte le informazioni attualmente disponibili in relazione a questo tipo di trattamento. In sintesi:

- L'iniezione endo-oculare di Avastin è una valida alternativa per risolvere la sua patologia.
- I risultati, sia anatomici che funzionali, dipendono dalle condizioni pre-esistenti.
- Il chirurgo può essere portato, in qualunque momento dell'intervento, a modificare il piano iniziale.
- Il non eseguire correttamente le cure, le medicazioni ed i controlli postoperatori può compromettere il decorso e la buona riuscita dell'intervento.
- Anche se in casi rarissimi, una delle complicanze dell'iniezione può essere l'infezione oculare la cui prevenzione giustifica le terapie profilattiche e l'impiego di un ambiente sterile per il trattamento.
- La terapia prevede la ripetizione nel tempo dell'iniezione.
- Il farmaco è autorizzato dal Ministero della Salute sulla base della legge 648.

Annotazioni particolari riguardo al Suo caso

**La legge obbliga il medico a fornire una prova di aver informato il paziente;  
quindi Le chiediamo di firmare questo documento.**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

riconosco che la natura 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 (data e firma)

\_\_\_\_\_

per la realizzazione del trattamento che mi è stato proposto

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.

Firma del medico che raccoglie il consenso \_\_\_\_\_