



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ D'IRIDOPLASTIE LASER NEWEYES

Mr / Mme _____ Comme patient ou son représentant légal, avec le numéro d'identification. no

_____, manifeste avoir été informé par le

Dr _____ des aspects suivants,

Relatifs au traitement au laser auquel je (il/elle) vais (va) me (se) soumettre.

A) IRIDOPLASTIE LASER NEWEYES :

L'iridoplastie Laser est un procédé qui consiste à appliquer des impacts laser sur la surface frontale du stroma de l'iris, ce qui provoque l'élimination de la couche pigmentée de l'iris, en laissant intactes les couches inférieure sous-jacentes ayant moins de pigmentation. La couche épithéliale pigmentée postérieure reste inchangée.

Le but de l'intervention est de réduire les couches superficielles pigmentées de l'iris et d'atteindre ainsi une apparence de couleur plus claire à tonalité verdâtre ou bleuâtre, avec des intensités de degrés divers en fonction de chaque cas et patient.

B) RISQUES ET COMPLICATIONS :

L'iridoplastie laser peut entraîner des complications que vous devez connaître et accepter :

- Le procédé est effectué au cabinet sous anesthésie topique
- les complications qui peuvent survenir sont les suivantes:
 - Hémorragie de l'iris durant le procédé.
 - Iritis généralement transitoire pouvant nécessiter des anti- inflammatoires topiques pour pouvoir la contrôler.
 - Augmentation de la pression oculaire après le traitement.
 - Apparition de synéchies angulaires périphériques.
 - Atrophie irréversible de l'iris avec mydriase ne répondant pas à la lumière (Syndrome Urrets - Zavalía) due à une ischémie vasculaire de type réflexe.
 - Sensibilité à la lumière.

AVERTISSEMENT: Le laser utilisé et la technique d'iridoplastie sont accrédités depuis des années, mais l'application Neweye est nouvelle. Les traitements ont été initiés en Janvier 2012 et par conséquent il n'y a pas encore assez d'expérience.

IMPORTANT: Le traitement au laser Neweyes est contre-indiqué pour les patients ayant des antécédents de glaucome, uvéite antérieure et / ou postérieure et des maladies auto-immunes du Collagène ainsi que des Maladies Métaboliques Vasculaires du type diabète . Il est également contre-indiqué pour les patients soumis à des traitements anticoagulants (SINTROM) ou anti-agrégants plaquettaires (PLAVIX, AAS, ADIRO) .

- Les conséquences sanitaires importantes de ce traitement sont les suivantes:

Ce traitement n'affecte aucune structure de l'œil visuel.

- L'iridoplastie Laser est un traitement utile chez les patients qui souhaitent éclaircir la couleur de l'iris, en passant de teintes sombres à d'autres plus claires, verdâtres ou bleuâtres, mais de façon irréversible.
- L'efficacité ne peut être garantie pour 100% des patients. Dans certains cas, il peut en résulter une couleur de l'iris irrégulière de manière permanente, ou que l'effet éclaircissant persiste après la fin du traitement.
- Ce procédé peut avoir un effet limité dans le temps, de sorte que le patient peut avoir besoin, dans ce cas, d'un nouveau traitement laser, s'il n'y a pas de contre-indications évidentes.

C) RISQUES SPECIFIQUES :

- Je peux révoquer ce consentement à tout moment avant l'intervention.
- Ce document écrit est complémentaire aux informations essentielles reçues verbalement.

Donc je DECLARE que :

J'ai été examiné par le Dr _____ , qui, après m'avoir reçu, m'avoir interrogé et examiné, m'a informé que:

Mon diagnostic est

Le traitement recommandé est

- J'ai été bien informé avant le traitement au laser de manière à pouvoir comprendre, réfléchir et évaluer tous les aspects, et j'ai eu la possibilité d'exposer au docteur les doutes et les questions que j'ai considérés nécessaires.
- Je suis pleinement conscient que je suis sur le point de subir un traitement au laser, et qu'il n'y a pas de garantie absolue de succès, et j'assume les risques des complications potentielles associées à cette technique, dont j'ai été suffisamment informé.
- J'ai informé l'ophtalmologiste sur les maladies générales et oculaires dont j'ai connaissance, les allergies et les médicaments que je prends régulièrement , pour l'évaluation des risques potentiels .

JE CONSENS À :

- 1 . Me soumettre au procédé mentionné, ainsi qu'aux opérations nécessaires au cours du procédé.
- 2 . Si mon cas peut être d'utilité pédagogique ou scientifique et qu'à cette fin sont prises Des photos ou des vidéos, à donner mon autorisation pour qu'il soient utilisés à cette fin, vu que j'ai la garantie du respect absolu de ma vie privée et de mon anonymat.
3. A la présence de spécialistes en formation et de personnels autorisés au cours de l'intervention.

Informations sur la protection des informations personnelles:

Conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection des informations, nous vous informons que vos informations personnelles seront traitées par EYECOS CLINIC afin de fournir les services d'ophtalmologie demandés. Les informations fournies seront conservées tant que vous êtes un patient du DR. PEDRO GRIMALDOS RUIZ ou pendant les années nécessaires pour se conformer aux obligations légales. Les informations ne seront pas transmises à des tiers, sauf dans les cas d'obligation légale. Si vous souhaitez exercer les droits d'accès, de rectification, d'annulation, d'opposition, de limitation de traitement et de portabilité dans les termes établis dans le règlement de l'UE 2016/679, vous pouvez le faire en écrivant à: info@eyecos.eu

Signature du médecin

Signature du patient / représentant

Signature du témoin

N° Col.

DNI N°

DNI N°

A Barcelone au ___ / ___ / 201_____