

Consentement médical éclairé – Chirurgie de l’aphakie et du cristallin ectopique/subluxé

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

déclare avoir consulté le Dr Yasser Rifay, ophtalmologiste,
qui m’a expliqué de façon claire et détaillée :

La nature de ma maladie

Je présente une anomalie du cristallin : soit une aphakie (absence de cristallin), soit un cristallin ectopique ou subluxé (déplacé ou partiellement luxé), responsable d’une baisse visuelle, d’un astigmatisme ou d’un risque de complications intraoculaires.

L’acte médical proposé

Il m’est proposé une chirurgie consistant à :

- Retirer ou repositionner le cristallin ectopique/subluxé si nécessaire.
- Mettre en place un implant intraoculaire secondaire (fixé au sulcus, à l’iris ou à la sclère selon le cas).
- En cas d’impossibilité d’implantation : correction par lentilles de contact ou lunettes puissantes.

Les résultats attendus

- Amélioration de l’acuité visuelle.
- Stabilisation de l’axe visuel.
- Prévention des complications liées au cristallin déplacé (glaucome, uvéite, luxation complète).

Les alternatives thérapeutiques

- Lunettes correctrices puissantes (aphakie).
- Lentilles de contact rigides ou souples.
- Surveillance simple si la vision reste satisfaisante et le risque faible.

Les risques et complications possibles

Comme toute chirurgie intraoculaire, cette intervention comporte des risques, même rares :

- Inflammation oculaire.
- Hypertension ou hypotension oculaire.
- Décollement de rétine.
- Hémorragie intraoculaire.
- Perte de l’implant ou déplacement secondaire.

- Infection oculaire (endophtalmie).
- Très rarement : perte visuelle définitive.

Consentement du patient

J'ai eu le temps de réflexion nécessaire, j'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses claires et compréhensibles.

Je reconnais avoir été informé(e) des bénéfices attendus, des alternatives et des risques possibles.

Je consens expressément à la réalisation de cette chirurgie pour corriger l'aphakie ou le cristallin ectopique/subluxé, sur l'œil :

☐ Droit ☐ Gauche

Nom et prénom du patient :

.....

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

.....