

Consentement médical éclairé – Chirurgie réfractive CLEAR (SMILE)

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 un défaut visuel (myopie, astigmatisme)
nécessitant une correction optique par lunettes ou lentilles
de contact. Une chirurgie réfractive au laser peut permettre
de réduire ou supprimer cette dépendance.

L'acte médical proposé

Il m'est proposé une chirurgie réfractive par technique
CLEAR (SMILE – Small Incision Lenticule Extraction),
qui consiste à :

- Utiliser un laser femtoseconde pour découper un lenticule intra-cornéen.
- Extraire ce lenticule par une micro-incision.
- Modifier la courbure cornéenne afin de corriger le défaut visuel.

L'intervention se déroule sous anesthésie locale par gouttes
et en ambulatoire.

Les résultats attendus

- Diminution ou disparition de la dépendance aux lunettes ou lentilles.
- Vision fonctionnelle satisfaisante pour la majorité des activités quotidiennes.
- Stabilisation du résultat après quelques semaines.

Les alternatives thérapeutiques

- Port permanent de lunettes ou lentilles de contact.
- Autres techniques chirurgicales (LASIK, PKR, implant phake de type ICL).
- Surveillance simple si la correction optique est bien tolérée.

Les risques et complications possibles

Comme toute intervention chirurgicale, le CLEAR
(SMILE) comporte des risques, même rares :

- Sécheresse oculaire transitoire.
- Fluctuations visuelles durant la cicatrisation.

- Sur-correction ou sous-correction nécessitant une retouche.
- Vision nocturne altérée (halos, éblouissements).
- Opacités cornéennes rares.
- Très exceptionnellement : baisse 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 d'une chirurgie réfractive CLEAR (SMILE), sur l'œil :

☐ Droit ☐ Gauche ☐ Les deux yeux

Nom et prénom du patient :

.....

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

.....