

Consentement médical éclairé – Implant phaue (ICL)

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 important (☐ Myopie forte ☐
Hypermétropie ☐ Astigmatisme), rendant difficile la
correction par lunettes ou lentilles de contact, ou non
éligible à une chirurgie réfractive cornéenne (LASIK, PKR,
SMILE).

L'acte médical proposé

Il m'est proposé une chirurgie par implantation d'une
lentille phaue intraoculaire (ICL), qui consiste à introduire
un implant à l'intérieur de l'œil, en avant du cristallin
naturel, afin de corriger le défaut visuel.

Les résultats attendus

- Amélioration significative de la vision sans lunettes ou lentilles.
- Correction de défauts visuels importants non accessibles par laser cornéen.
- Technique réversible : possibilité de retirer ou remplacer l'implant en cas de besoin.

Les alternatives thérapeutiques

- Maintien du port de lunettes ou de lentilles de contact.
- Chirurgies cornéennes réfractives (si indication possible).
- Chirurgie du cristallin clair (extraction avec implant intraoculaire).

Les risques et complications possibles

Comme toute chirurgie intraoculaire, l'implantation d'ICL
comporte des risques, même rares, qui m'ont été expliqués
:

- Inflammation ou infection oculaire (endophtalmie).
- Augmentation de la pression intraoculaire (glaucome secondaire).
- Cataracte secondaire par contact avec le cristallin.
- Déplacement ou rotation de l'implant nécessitant une reprise chirurgicale.

- Perte de cellules endothéliales cornéennes à long terme.
- Baisse visuelle persistante, voire perte définitive de la vision de l'œil opéré (exceptionnelle).

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 la chirurgie par implantation d'un implant phaqué ICL dans l'œil :

☐ Droit ☐ Gauche

Nom et prénom du patient :

.....

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

.....