

Consentement médical éclairé – Injections intravitréennes d’anti-VEGF (IVT – AMM)

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 atteinte oculaire nécessitant un traitement par injection intravitréenne d’anti-VEGF, telle que :

- ☐ Dégénérescence maculaire liée à l’âge (DMLA) exsudative
- ☐ Œdème maculaire diabétique
- ☐ Occlusion veineuse rétinienne avec œdème maculaire
- ☐ Autre :

L’acte médical proposé

Il m’est proposé un traitement par injection intravitréenne d’un médicament anti-VEGF disposant d’une autorisation de mise sur le marché (AMM), administré dans l’œil :

- ☐ Droit ☐ Gauche

L’intervention consiste à :

- Réaliser une injection de médicament directement dans le vitré (partie postérieure de l’œil).
- Le traitement est généralement répété en plusieurs séances, selon le schéma thérapeutique prescrit.

Les résultats attendus

- Stabilisation ou amélioration de la vision.
- Réduction de l’œdème maculaire et des néovaisseaux responsables de la maladie.
- Limitation de l’évolution vers une perte visuelle sévère.
- Les résultats dépendent de l’évolution de la maladie et de la régularité du suivi.

Les alternatives thérapeutiques

- Surveillance simple (au risque de progression de la maladie).
- Autres traitements (laser rétinien, corticoïdes intravitréens).
- Aucun traitement médical par voie générale ne peut

remplacer l'injection locale.

Les risques et complications possibles

Comme tout acte intraoculaire, l'injection intravitréenne comporte des risques, même rares, qui m'ont été expliqués :

- Douleur ou inconfort passager.
- Hémorragie conjonctivale (tâche rouge bénigne sur l'œil).
- Inflammation ou infection grave (endophtalmie).
- Décollement de rétine.
- Cataracte traumatique.
- Hypertonie oculaire transitoire.
- Réactions allergiques ou générales au produit injecté (exceptionnelles).

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'injections intravitréennes d'anti-VEGF dans l'œil :

☐ Droit ☐ Gauche

Nom et prénom du patient :

.....

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

.....