

Consentement médical éclairé – Iridotomie périphérique au laser YAG

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 glaucome par fermeture de l’angle ou un
risque élevé de fermeture de l’angle, entraînant une
augmentation de la pression intraoculaire pouvant
endommager le nerf optique et altérer la vision.

L’acte médical proposé

Il m’est proposé une iridotomie périphérique au laser YAG,
qui consiste à :

- Créer une petite ouverture dans l’iris périphérique à l’aide d’impacts laser.
- Restaurer la circulation de l’humeur aqueuse entre la chambre postérieure et la chambre antérieure.
- Prévenir ou traiter une fermeture de l’angle pouvant mener à une crise de glaucome aigu.

Les résultats attendus

- Prévenir la survenue d’une crise de glaucome aigu.
- Stabiliser la pression intraoculaire.
- Préserver la fonction visuelle et éviter des lésions irréversibles du nerf optique.

Les alternatives thérapeutiques

- Surveillance rapprochée (au risque d’évolution vers un glaucome aigu).
- Chirurgie filtrante ou extraction cristallinienne préventive (selon indication).
- Aucun traitement médical par collyres ne peut remplacer définitivement l’iridotomie dans ce cas.

Les risques et complications possibles

Comme tout acte laser, l’iridotomie comporte des risques,
même rares, qui m’ont été expliqués :

- Douleur ou gêne passagère.
- Inflammation transitoire de l’œil.
- Hypertonie oculaire temporaire.
- Saignement minime à l’iris.

- Vision de halos ou diplopie (rare).
- Très rarement : baisse visuelle permanente.

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 iridotomie périphérique au laser YAG, sur l'œil :

☐ Droit ☐ Gauche ☐ Les deux yeux

Nom et prénom du patient :

.....

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

.....