

Consentement médical éclairé – Chirurgie réfractive LASIK / Femto-LASIK

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 ☐
Hypermétropie ☐ Astigmatisme ☐ Presbytie)
entraînant une dépendance aux lunettes ou aux lentilles de
contact.

L'acte médical proposé

Il m'est proposé une chirurgie réfractive par LASIK /
Femto-LASIK, qui consiste à :

- Réaliser un volet cornéen au laser (microkératome ou laser femtoseconde).
- Remodéler la cornée par laser excimer pour corriger le défaut visuel.
- Repositionner le volet cornéen.

Les résultats attendus

- Amélioration significative de la vision sans lunettes dans la majorité des cas.
- Réduction de la dépendance aux corrections optiques.
- Résultat pouvant varier selon la cicatrisation individuelle et le degré du défaut initial.

Les alternatives thérapeutiques

- Maintien du port de lunettes ou de lentilles de contact.
- Autres techniques chirurgicales : PKR, SMILE, implant phaqué (ICL).
- Absence d'autre traitement médical permettant de corriger définitivement le défaut visuel.

Les risques et complications possibles

Comme toute intervention, la chirurgie réfractive comporte des risques, même rares, qui m'ont été expliqués :

- Sécheresse oculaire temporaire ou prolongée.
- Halos, éblouissements, vision fluctuante, surtout la nuit.
- Sous-corrrection ou sur-corrrection, nécessitant parfois un retraitement.

- Infections ou inflammations cornéennes.
- Cicatrisation anormale du volet cornéen.
- Complications graves exceptionnelles pouvant entraîner une baisse définitive de la vision.

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 par LASIK / Femto-LASIK.

Nom et prénom du patient :

.....

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

.....