

Consentement médical éclairé – Traitement laser des lésions rétinienues périphériques

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

La nature de ma maladie

Mon examen ophtalmologique a mis en évidence une ou plusieurs lésions rétinienues périphériques (trou, déchirure, dégénérescence). Ces lésions exposent à un risque de décollement de rétine, pouvant conduire à une baisse visuelle sévère voire à la cécité.

L'acte médical proposé

Il m'est proposé un traitement préventif par laser rétinien visant à :

- Créer une barrière cicatricielle autour de la lésion,
- Réduire le risque d'évolution vers un décollement de rétine.

Le traitement se déroule en consultation, sous anesthésie locale par collyres, de façon indolore ou légèrement inconfortable.

Les résultats attendus

- Le laser a pour but de stabiliser la rétine et de réduire le risque de complication.
- Il ne permet pas d'améliorer la vision existante.
- Malgré le traitement, il existe toujours un risque (réduit mais persistant) de décollement de rétine ultérieur.

Les alternatives thérapeutiques

- Surveillance simple sans laser (avec risque de progression).
- Intervention chirurgicale uniquement si un décollement de rétine survient.

Les risques et complications possibles

Comme tout acte médical, ce traitement comporte des risques, bien que rares :

- Baisse de vision transitoire après la séance.
- Inflammation oculaire passagère.
- Saignement localisé (rare).
- Perte de champ visuel périphérique (rare).
- Décollement de rétine malgré le traitement.

Consentement du patient

J'ai eu le temps de réflexion nécessaire, j'ai posé toutes mes questions et obtenu des réponses claires.

Je reconnais avoir été informé(e) des bénéfices, limites et risques de ce traitement.

Je consens expressément à la réalisation du laser rétinien périphérique.

Nom et prénom du patient :

.....

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

.....