

Consentement médical éclairé – Adaptation de lentilles de contact

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 correction visuelle

Je présente un défaut visuel (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie ou kératocône) pouvant être corrigé par des lentilles de contact. L'adaptation de lentilles nécessite des essais spécifiques et un suivi régulier.

L'acte médical proposé

Il m'est proposé une adaptation de lentilles de contact, consistant à :

- Réaliser des essais de lentilles adaptées à ma cornée et à mon défaut visuel.
- Contrôler la tolérance et l'acuité visuelle.
- Prescrire un type de lentilles (souples, rigides, sclérales, toriques, multifocales) selon mon cas.
- Assurer un suivi régulier pour prévenir les complications.

Les résultats attendus

- Correction efficace du défaut visuel.
- Amélioration de la vision sans lunettes.
- Meilleur confort visuel et esthétique.

Les alternatives thérapeutiques

- Port de lunettes correctrices.
- Chirurgie réfractive (LASIK, PKR, SMILE, ICL).
- Surveillance sans correction si la gêne est modérée.

Les risques et complications possibles

L'adaptation et le port de lentilles de contact comportent des risques, même rares :

- Sécheresse oculaire.
- Intolérance aux lentilles.
- Infections oculaires (kératite).
- Allergies ou conjonctivites chroniques.
- Microtraumatismes cornéens.
- Très rarement : perte visuelle en cas d'infection sévère non traitée.

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 l'adaptation et au port de lentilles de contact.

Nom et prénom du patient :

.....

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

.....