

Consentement médical éclairé – Photocoagulation panrétinienne (PRP)

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 de la rétine nécessitant un
traitement par laser, telle que :

- ☐ Rétinopathie diabétique proliférante
- ☐ Ischémie rétinienne (occlusion veineuse)
- ☐ Autre :

L'acte médical proposé

Il m'est proposé une photocoagulation panrétinienne
(PRP), qui consiste à :

- Appliquer des impacts laser sur l'ensemble de la rétine périphérique.
- Détruire les zones ischémiques pour réduire la sécrétion de facteurs de croissance anormaux.
- Diminuer le risque d'hémorragie, de néovaisseaux ou de décollement de rétine.

Les résultats attendus

- Stabilisation ou ralentissement de l'évolution de la maladie rétinienne.
- Prévention du risque de cécité par complications prolifératives.
- L'objectif est de préserver la vision existante, et non de restaurer une vision déjà perdue.

Les alternatives thérapeutiques

- Surveillance simple (avec risque de progression rapide).
- Injections intravitréennes (selon indication).
- Pas d'autre traitement médical aussi efficace dans ces cas.

Les risques et complications possibles

Comme tout traitement laser, la PRP comporte des risques,
même rares, qui m'ont été expliqués :

- Douleur ou inconfort pendant la séance.
- Baisse de la vision nocturne et de la vision périphérique.
- Baisse de la sensibilité aux contrastes.
- Apparition d'œdème maculaire.

- Inflammation transitoire de l'œil.
- Très rarement : saignement ou décollement de rétine.

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 photocoagulation panrétinienne (PRP), sur l'œil :

☐ Droit ☐ Gauche ☐ Les deux yeux

Nom et prénom du patient :

.....

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

.....