

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN TRANSPLANTE DE MEMBRANA AMNIÓTICA:

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La membrana amniótica es una de las capas de la placenta que tiene gran utilidad en algunos problemas de la superficie ocular. Las indicaciones del trasplante de membrana amniótica son numerosas: úlceras corneales que cursan con mala cicatrización (úlceras herpéticas, quemaduras, causticaciones químicas conjuntivales y corneales, úlceras secundarias a parálisis facial), así como en reconstrucciones de la conjuntiva tras cirugía de pterigión, tumores u otras patologías de la superficie ocular (simbléfaron, enfermedades de los párpados etc.). La membrana amniótica se puede usar como parche o injerto suministrador de tejido que ayuda a la cicatrización.

CÓMO SE REALIZA

La membrana amniótica se obtiene de la placenta de los partos realizados por cesárea. Una vez obtenida la placenta es necesario una serie de estudios para comprobar que es normal y es sometida a la misma normativa existente en relación con la donación de tejidos. No existe posibilidad de rechazo como en otros trasplantes.

Dependiendo de la extensión o profundidad de la lesión es posible que se necesiten poner varias capas juntas de esta membrana, que se fijan a la superficie ocular mediante sutura de puntos.

Para facilitar que la membrana prenda bien en el ojo debe administrarse un tratamiento con colirios.

Normalmente se realiza con anestesia local, pero en algunos casos, según la patología previa, es necesaria anestesia general.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Tras la implantación se puede presentar de forma transitoria, pero que se puede prolongar en el tiempo en función de la patología que provocó la necesidad del trasplante: escozor, picor a sensación de arenilla.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mejoría de los síntomas oculares según la patología previa.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

Escozor, picor, sensación de arenilla.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Fracaso del implante por falta de adherencia del mismo a la superficie, que obligaría a una nueva intervención quirúrgica.

Infección.

Los derivados del tipo de anestesia utilizada.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

 SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

 SI NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para
mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la
salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las
consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....