

## 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: EXENTERACIÓN ORBITARIA

---

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 intervención a la que usted va a someterse consiste en la extirpación de la totalidad de los tejidos contenidos en la órbita (globo ocular, grasa, músculos y en ocasiones párpados).

La mayoría de las veces se utiliza en el tratamiento del cáncer pero también se aplica para tratar infecciones que no responden a la medicación, gangrenas de diverso origen o para eliminar tumores benignos que ocasionan graves deformidades. Dependiendo de la extensión de la enfermedad a tratar, puede ser necesario ampliar la zona a extirpar a la nariz, sien, ceja, pómulo o frente. El postoperatorio suele ser poco o nada doloroso.

##### CÓMO SE REALIZA

Esta intervención se practica bajo anestesia general.

##### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Dolor en el postoperatorio que suelen tratarse con analgésicos,

Necesidad de mantener un tratamiento local con colirios y pomadas además de un tratamiento general durante el tiempo que le sea indicado.

Necesidad de un seguimiento postoperatorio y consultas con el protésico para la adaptación de la prótesis óculofacial.

Necesidad de aplicar tratamientos complementarios con quimioterapia y/o radioterapia en el caso de tumores.

Necesidad de reintervenciones, especialmente en caso de tumores malignos

Alargar la vida del paciente en caso de tumores agresivos, que pueden incluso ser eliminados completamente, según el tipo y avance del tumor.

Es posible que el espacio final del ojo no permita la colocación de una prótesis simuladora, lo que también podría obligar a reintervención para aumentar dicho espacio.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Evitar la progresión y diseminación de la enfermedad.

Conservar la vida en caso de tumores agresivos o que han adquirido una extensión que compromete la mayor parte de las estructuras de la órbita.

Se espera conseguir la desaparición del tumor, aunque suele ser una operación en la que trabajan varias especialidades, y suele requerir tratamiento complementario (radioterapia, quimioterapia, nuevas intervenciones) según el tipo de tumor.

### 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:

Persistencia de molestias (similares a las previas de la intervención) que suelen ceder con tiempo.

#### • LOS MÁS GRAVES:

En general infrecuentes. Son raras las infecciones postoperatorias, aunque potencialmente graves (osteomielitis, meningitis), la neuralgia del trigémino o el sangrado que precise de transfusión. En cada caso, tienen tratamiento específico con medios convencionales.

Puede provocarse una infección de sistema nervioso central de carácter fatal.

### 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.

- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.

**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.....