

## 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 TRABECULOPLASTIA LÁSER:

---

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 aplicar una serie de impactos con láser, para favorecer el drenaje de líquido que rellena el interior del ojo (humor acuoso) hacia el exterior, disminuyendo así la presión intraocular.

Con esta intervención tratamos de favorecer el drenaje del humor acuoso y con ello bajar la presión del ojo, en un intento de detener el deterioro progresivo de visión debido al glaucoma.

##### CÓMO SE REALIZA

Se realiza con anestesia tópica (gotas) y de manera ambulatoria en la misma consulta de oftalmología.

##### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Pueden aparecer molestias como fotofobia, enrojecimiento, lagrimeo que remiten con el tiempo y el tratamiento adecuados.

Tras el láser pueden precisarse colirios y ocasionalmente tratamiento general.

Este tratamiento en el mejor de los casos es para conservar la visión, nunca para mejorarla, aunque puede darse el caso de que disminuya o se pierda por efecto de posibles complicaciones.

El tratamiento médico antiglaucomatoso, ha de mantenerse tras la trabeculoplastia, aunque es posible que en algunos casos pueda reducirse o eliminarse.

##### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Es muy importante saber que la trabeculoplastia no puede devolver la visión perdida por la enfermedad, solo sirve para intentar detener la pérdida visual progresiva que usted está sufriendo. Esta pérdida visual comienza

por la visión periférica, y solo en fases muy avanzadas de la enfermedad afecta a la visión central. Por ello, en ocasiones, la persona no es consciente de su pérdida de visión hasta fases avanzadas de la enfermedad. Si el tratamiento con láser no se realiza, el daño en el nervio óptico continuará progresando hasta la pérdida total de la visión, en un tiempo más o menos corto, en función del daño existente en el momento actual y la cifra de presión intraocular (presión más elevada o mayor daño previo, suponen progresión más rápida ).

**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:**

Lesiones corneales, aumentos pasajeros de la tensión intraocular, inflamaciones y hemorragias intraoculares leves.

• **LOS MÁS GRAVES:**

Hemorragias intraoculares, aumento crónico tensión ocular que precise tratamiento quirúrgico. Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto, dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

**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.....