

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 TRATAMIENTO LÁSER ARGÓN DE LESIONES RETINIANAS:

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:

El Láser Argón es una forma de energía que se aplica en la retina para prevenir o tratar lesiones retinianas que si se dejan evolucionar pueden producir desprendimiento de retina, sangrado intraocular, elevación de la presión intraocular y con ello pérdida de visión.

Ciertas enfermedades, como la diabetes, la degeneración macular (aparición de manchas) asociada a la edad, la miopía elevada, las trombosis retinianas, favorecen la aparición de vasos sanguíneos anómalos con gran tendencia al sangrado y el desarrollo de otras complicaciones oftálmicas (desprendimiento de retina, glaucoma, etc). La fotocoagulación con láser intenta prevenir que aparezcan estos vasos anómalos eliminando zonas con falta de riego sanguíneo o destruyendo otros ya formados evitando así el sangrado y otras complicaciones

CÓMO SE REALIZA:

Es un procedimiento que se lleva a cabo de forma ambulatoria y bajo el efecto de anestesia tópica en el ojo (colirio). Aunque en ocasiones puede ser necesario aplicar anestesia local mediante infiltración en la órbita (alrededor del ojo).

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Después de la intervención:

Estará deslumbrado debido a la dilatación de la pupila que se realiza.

Podrá sentir dolor ocular o cefalea que ceden habitualmente con analgésicos.

Siguiendo las indicaciones de su médico, deberá:

- realizar durante un tiempo un tratamiento con gotas
- realizar reposo

- acudir a las revisiones

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

El Láser no le dará más visión. En algunos casos (diabetes) el objetivo del tratamiento consiste en mantener la visión que ya se tiene o retrasar la aparición de complicaciones más serias; en otros (trombosis) el objetivo es impedir que se desarrollen complicaciones como el glaucoma, y en otros (agujeros o desgarros en la retina) el objetivo es prevenir el desprendimiento de retina.

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:**

Durante la aplicación, del láser, complicaciones leves como molestias por el uso de la lente de contacto utilizada durante el procedimiento, erosiones corneales y/o enrojecimiento ocular. Dolor en cada impacto.

Después de la aplicación: sensibilidad a la luz, visión de puntos negros en el campo visual, elevación transitoria de la presión intraocular.

Ocasionalmente pueden notarse áreas con pérdida de visión en el sector o sectores tratados si es necesario destruir zonas amplias de retina con el fin de eliminar las áreas afectadas.

Dificultad de visión en los sitios oscuros, dificultad de adaptación a los cambios rápidos de luz.

• **LOS MÁS GRAVES:**

Con muy poca frecuencia puede haber complicaciones graves que pueden provocar disminución de visión que puede ser permanente, edema macular, aparición de membranas retinianas, hemorragias intraoculares por microestallido de los vasos de la retina

Si se realiza anestesia locoregional: perforación del globo ocular con hemorragia intraocular, desprendimiento de retina, hemorragia orbitaria retroocular que pudiera hacer suspender la intervención, visión doble postoperatoria temporal o permanente, caída del párpado superior de carácter temporal o permanente.

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.....