

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 TRAUMATISMO OCULAR:

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 reparar el globo ocular y/los tejidos periorbitales (situados alrededor del ojo) lesionados por traumatismos.

Cuando ha sido afectado el globo ocular, se examina quirúrgicamente para realizar su reconstrucción (sutura en el caso de heridas perforantes, vitrectomía en el caso de entrada de cuerpos extraños intraoculares o luxación de cristalino), lo cual supone a veces la acción combinada de varias intervenciones (vitrectomía, cirugía de estrabismo, cirugía de vía lagrimal, microcirugía del polo anterior del ojo, implantación de lentes intraoculares, etc.), según el grado de complejidad de las lesiones y en ocasiones éstas deben realizarse por pasos o etapas.

Cuando existe un estallido del ojo o el examen no ofrece posibilidades de recuperación alguna, se realiza una evisceración (vaciamiento del contenido del ojo y extirpación de su parte anterior) o si ello no es posible una enucleación o extirpación completa del globo ocular.

CÓMO SE REALIZA

Se realiza con carácter urgente, generalmente con anestesia general, previo estudio.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Las consecuencias previsibles de su realización son:

- Dolor y molestias en la zona, tanto por efecto del propio proceso como de las suturas que han de ser mantenidas días o semanas según las estructuras afectadas.
- Necesidad de tratamientos locales (colirios, pomadas) además de tratamientos generales ocasionalmente, durante varias semanas.
- Lograr obtener, ante lesiones no graves, una recuperación total o parcial de la visión y una situación funcional del ojo y su entorno lo más próxima a la existente antes del accidente o la aparición de la enfermedad.

- Ante lesiones graves, intentar que las secuelas sean lo más leves posible, y en último caso proteger su vida.
- Si el accidente o enfermedad ha sido grave o si la reconstrucción de ha demorado excesivamente, es posible que se produzcan infecciones y/o diversas complicaciones que supongan riesgo vital, o en otras ocasiones, pérdida del ojo en caso de no haber sido intervenido. Si la afectación es de tejidos blandos pueden quedar como secuelas visión doble, temporal o permanente.
- Cuando se afecta la córnea, y no existe reparación, quedaran cicatrices, deformidades que interrumpen la visión. Ante daño en la retina sin reparación la pérdida de visión puede ser definitiva.
- Si existe una desprotección del ojo por arrancamiento palpebral, y no es reparado, esta provocará un deterioro molesto y doloroso del ojo hasta la pérdida del mismo.
- Cuando la vía lagrimal es seccionada puede persistir un lagrimeo continuo o intermitente de forma indefinida.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Conseguir restablecer la integridad del ojo y/o las estructuras que lo rodean, intentando, en el caso de que la lesión no sea grave o no afecte de forma importante a estructuras nobles o fundamentales del ojo (retina, córnea en su zona central, etc.) recuperar así mismo la visión que tenía antes de la enfermedad.

En cualquier caso, se intenta, aun ante lesiones de gran envergadura, mantener las estructuras anatómicas a fin de que las consecuencias o secuelas, tanto funcionales como estéticas tengan la menor importancia posible.

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.

En el postoperatorio las principales complicaciones que pueden aparecer son: Hemorragias intraoculares, Desprendimiento de retina, Dehiscencias de suturas, Infecciones, Opacidades del cristalino (muchas veces por el propio trauma original), Glaucomas secundarios, Reparación de la patología inicial que puede necesitar tratamiento médico o precisar una nueva intervención.

Menos frecuentemente: Cicatrices anormales y a veces antiestéticas, Sangrados abundantes durante o después de la cirugía, Infección, Problemas de sequedad ocular, Desprotección del ojo. Quemaduras en zonas vecinas por la aplicación de láser, bisturí eléctrico etc.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Dependiendo del tipo de traumatismo que usted haya sufrido.

• LOS MÁS GRAVES:

Dependiendo del tipo de traumatismo que usted haya sufrido.

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.....