

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 VITRECTOMÍA (GENERAL):

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 se llama vitrectomía y es un procedimiento quirúrgico que tiene como fin principal la extracción del cuerpo vítreo (tejido situado dentro del ojo).

Está indicada en situaciones donde existan cambios patológicos del vítreo. Estos cambios pueden ser adquiridos -como la turbidez vítrea asociada a los procesos degenerativos, inflamatorios y tumorales o la turbidez vítrea ocasionada por una hemorragia intraocular- o congénitos, -como los cambios derivados de las anomalías del desarrollo que afectan a los vasos sanguíneos de la retina o del vítreo.

CÓMO SE REALIZA

La anestesia utilizada puede ser local, general o mixta. Esta intervención puede demorar desde 30 minutos a más de tres horas. En algunos casos se necesita una nueva intervención.

También a veces, en la cirugía de vitrectomía hay que extraer el cristalino (el cual posteriormente se reemplazará por un lente intraocular) o colocar un gas especial en la cavidad vítrea que ayuda a adherir la retina.

En este procedimiento se accede a la cavidad vítrea (espacio interior y de mayor dimensión dentro del ojo) para retirar parte o la totalidad del humor vítreo porque está opaco o porque hace tracción sobre la retina.

La vitrectomía puede ser realizada en forma conjunta con fotocoagulación endoláser, introducción de gases expansibles y el reemplazo del vítreo por aceite de silicona especial.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El ojo estará inflamado después de la intervención, por lo que es normal, cierto dolor, enrojecimiento, lagrimeo, inflamación de los párpados (habitualmente proporcional a la complejidad de la cirugía realizada)

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Los beneficios asociados a la vitrectomía pueden ser de tipo terapéutico, cuyo objetivo es mejorar la condición del globo ocular -como ocurre en los casos donde existen opacidades vítreas degenerativas o hemorrágicas- o de tipo terapéutico-diagnóstico, donde además de lo anterior se intenta buscar y atajar la causa de la alteración vítrea.

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:

Las más habituales son dolor en el postoperatorio leve a moderado que puede ser intenso y puede durar incluso varios meses, aumento de la tensión intraocular de forma pasajera o permanente (que puede requerir el tratamiento médico o quirúrgico), formación de cataratas, desprendimiento de retina.

Durante la intervención se puede producir: Hemorragias intraoculares que dependiendo de su cuantía empeorará en mayor o menor grado el pronóstico visual del paciente.

Lesiones en los tejidos oculares, incluida la propia retina.

• LOS MÁS GRAVES:

Durante la cirugía: Muy poco frecuentes y muy grave, es la llamada hemorragia expulsiva, y que conlleva la pérdida de la visión.

Tras la cirugía: Muy poco frecuente y muy grave. Infección intraocular (endofthalmitis) pocos días o incluso meses después de la cirugía, que requiere un tratamiento muy agresivo y que puede llevar a la pérdida de la visión e incluso a la pérdida del ojo.

Hipotonía mantenida y grave que puede llevar a la pérdida de visión

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.....

