

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA DACRIOCISTORRINOSTOMÍA (DCR)

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 comunicar el saco lagrimal (que está obstruido e impide el paso de la lágrima a la nariz) con la fosa nasal. La obstrucción crónica de las vías lagrimales impide el drenaje normal que sufre la lágrima, viéndose esta obligada a gotear y caer por el párpado. También el saco lagrimal obstruido puede sufrir infecciones crónicas que, en ocasiones, pueden llevar a la formación de un absceso con aparición de una fístula a través de la piel que cubre el saco lagrimal.

CÓMO SE REALIZA:

Se realiza mediante una incisión en la piel, luego un agujero en el hueso de la nariz para dar paso a la lágrima hacia la nariz. Esta intervención se realiza bajo anestesia local o general.

En ausencia del saco lagrimal (por intervención previa) se puede realizar esta técnica con resultados menos satisfactorios.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Dolor en el postoperatorio, que suele 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.

En la zona de la raíz nasal quedará una cicatriz.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Disminución del lagrimeo e infecciones de las vías lagrimales.

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 del lagrimeo (5-10%). Hemorragia de poca intensidad, hematoma en la zona intervenida.

• LOS MÁS GRAVES:

Hemorragia severa

Infecciones graves

Formación de una cicatriz antiestética

Los riesgos más importantes, aunque muy raros y poco frecuentes pueden ser derivados de la anestesia: Con la anestesia local pueden producirse reacciones a la medicación, alteraciones generales (crisis vagales con mareos, hipotensión, taquicardia), así como alteraciones locales (hemorragias intraorbitarias, o excepcionalmente perforaciones del ojo que va a ser intervenido).

En ambos casos la intervención debe suspenderse, para reintentarse semanas después con el mismo método o bien realizarse posteriormente bajo anestesia general o anestesia local con mayor profundización.

OTROS MOTIVOS POR LOS QUE SOLICITAMOS 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.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____ Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o apoderado

Firma Médico