

## 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 CIRUGIA DE CATARATA:

---

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 facoemulsificación e inyección de lente intraocular.

Está indicada cuando el lente del ojo (cristalino) se opacifica por algún motivo (el más frecuente es por la edad, uso prolongado de corticoides, congénitas). El objetivo de la cirugía es devolver la transparencia, para que los rayos de luz puedan entrar al ojo y el lente intraocular que se pone en el lugar del cristalino permite enfocar la imagen. Existen varios tipos de lentes intraoculares el que se usa más frecuentemente es el Monofocal que permite enfocar de lejos. Existen el multifocal y los toricos, que se deben conversar con cada paciente según sea su caso.

##### CÓMO SE REALIZA

La anestesia utilizada puede ser local, general o mixta. Esta intervención puede demorar desde 30 minutos a 1 hora.

En este procedimiento se accede a la cámara anterior del ojo y se extrae el contenido del cristalino, se deja la capsula del cristalino, lugar en donde se posicionará el lente intraocular.

##### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El ojo estará inflamado después de la intervención, por lo que es normal, cierto dolor, enrojecimiento, lagrimeo.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Los beneficios asociados a la cirugía de catarata es que le permitirá ver mejor de lejos y de cerca esto puede ser con la ayuda de lentes que se prescribirán al mes de la operación.

### 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 algunas semanas, aumento de la tensión intraocular de forma pasajera o permanente (que puede requerir el tratamiento médico o quirúrgico), 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 capsula cristalina y la 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 (endoftalmitis) 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.

### 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.....