

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 IMPLANTE SECUNDARIO DELENTE INTRAOCULAR:

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 la colocación de una lente en el interior del ojo, ya que carece de cristalino por haber sido previamente operado de catarata sin lente.

El principal objetivo es implantar una lente intraocular de las dioptrías adecuadas con el fin de conseguir un enfoque sobre la retina y así lograr que pueda ver mejor sin o con alguna corrección óptica adicional.

CÓMO SE REALIZA:

La intervención se realiza habitualmente con anestesia local (con gotas, o con inyección del anestésico por detrás del ojo). A veces es necesario realizar una anestesia general.

Puede necesitar hospitalización o ser ambulatoria, en este caso, volverá a casa en el mismo día.

La lente intraocular se coloca dentro del ojo (en el lugar donde el cirujano considere más beneficioso para usted) sujeta al iris, apoyada en ángulo, suturada al sulcus o sobre los restos de la cápsula del cristalino si ésta existe y es de tamaño suficiente para soportar la lente.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Tras la cirugía se requieren una serie de cuidados, tratamientos y consultas.

De forma habitual, incluso tras una cirugía excelente, será necesario el uso de corrección (gafas o lentes de contacto) para conseguir una visión de mayor calidad.

En general, la agudeza visual que se puede conseguir después de la cirugía, no suele ser superior a la previa con corrección óptica.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Si no tolera la lentilla de contacto y no puede llevar gafas (por ejemplo, porque el otro ojo tenga una visión normal sin estar operado de catarata, o esté operado con lente intraocular) la única posibilidad de tener una visión binocular es el implante secundario.

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.

Durante la cirugía: poco frecuentes y de consecuencias muy variables en función del grado de la complicación: hemorragia intraocular, perforación de alguna estructura ocular, rotura de la cápsula posterior del cristalino (si existe) con salida del vítreo, caída de la lente que se intenta poner al vítreo, vitreorragia que puede hacer imposible la colocación de la lente, rotura del iris, descentramiento de la lente.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Desplazamiento y/o deformación de la pupila, deslumbramiento, inflamación ocular, edema corneal leve o moderado, separación de los bordes de la herida, hipertensión ocular leve o moderada... Habitualmente se resuelven con tratamiento en pocos días.

• LOS MÁS GRAVES:

Los derivados de la anestesia loco-regional(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).

Muy poco frecuentes y muy graves (menos del 0,4%) son:

- Durante la cirugía: es la llamada hemorragia expulsiva, y que conlleva la pérdida de la visión.
- Tras la cirugía: es la infección intraocular (endofalmitis) 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.

Y poco frecuentes: visión doble, desplazamiento de la lente (que requiera nueva intervención), hemorragia intraocular, edema macular, desprendimiento de retina, edema corneal grave (puede requerir trasplante de cornea), error refractivo residual que obligue a sustituir la lente.

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.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso.

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.....