

## **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 IRIDOPASTIA LÁSER:**

---

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

El glaucoma es una enfermedad que afecta al nervio óptico produciendo un deterioro irreversible, con la consiguiente pérdida de visión. La causa o factor de riesgo más relacionado y conocido es la presión intraocular elevada.

El glaucoma de ángulo cerrado o estrecho (síndrome de iris plateau o en meseta o iris periférico prominente y grueso) es una causa principal de ceguera irreversible a nivel mundial. El tratamiento al que usted va a someterse tiene como finalidad abrir el ángulo de la cámara anterior y bajar la presión intraocular. La Iridoplastia periférica con láser consiste en contraer y apartar el tejido del iris periférico de la malla trabecular (al lado de la córnea) produciendo mayor apertura del ángulo, aumento de la cámara anterior y eliminación del cierre. La Iridoplastia con láser puede utilizarse para las crisis agudas y también en las situaciones no agudas.

##### CÓMO SE REALIZA

Se realiza de forma ambulatoria y con anestesia tópica.

Se aplica Láser Argon a la periferia del iris, mediante una lente de contacto, esto favorece el drenaje del líquido que rellena el interior del ojo (humor acuoso) hacia el exterior, disminuyendo así la presión intraocular.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Durante la intervención puede aparecer malestar por el uso de una lente de contacto utilizada durante el procedimiento y hemorragia conjuntival por el roce de esta. Notará sensación de deslumbramiento, molestias leves, presión en la zona ocular.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

En los ojos glaucomatoso, al facilitar la salida del humor acuoso, disminuyendo la presión intraocular, con el láser, se puede evitar la progresión hacia un daño irreversible del nervio óptico y del campo visual que podría llegar a producir pérdida de visión e incluso llegar a la ceguera.

### 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:

Hemorragia en el iris (normalmente leve, aunque puede aconsejar detener el procedimiento durante unos días).  
Inflamación (iritis) y dolor ocular controlable con tratamiento médico.

Pigmento y opacidad en cristalino, quemadura corneal, deformidad pupilar, sinequias (uniones) y fracaso de la técnica.

#### • LOS MÁS GRAVES:

Aumento de la tensión ocular transitoria controlable con tratamiento médico (excepcionalmente no puede ser controlada y hay que realizar un tratamiento quirúrgico).

Bloqueo angular.

### 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.....