

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 ORBITOTOMÍA:

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

Orbitotomía quiere decir apertura de la órbita. La órbita es la cavidad del cráneo que contiene la ceja, párpados, globo ocular y nervio óptico, músculos que mueven el ojo, grasa, vasos sanguíneos, nervios y glándula lagrimal.

La intervención a la que usted va a someterse se practica para extraer la totalidad de una masa que crece en la cavidad orbitaria (extirpación de tumores, quistes y otros) para evacuar abscesos o hematomas o para obtener algún fragmento de los mismos. Posteriormente, este fragmento se analiza (biopsia) y ello nos permite precisar cuál es la naturaleza de la masa que estudiamos.

CÓMO SE REALIZA

Existen distintos tipos de orbitotomía: anterior (diferentes formas de entrada a través o por dentro de los párpados) y lateral (a través de la pata de gallo con o sin entrada en la fosa temporal). Cada una de ellas se utiliza, según el tamaño, localización y naturaleza de las distintas masas orbitarias. La mayoría se practican bajo anestesia general, con un tiempo medio de ingreso de uno a tres o cuatro días.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

A veces es necesario dejar un drenaje desde la cavidad orbitaria.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Si se trata de una cirugía exploratoria, su realización, aportará conocimiento sobre la naturaleza de la masa orbitaria que se está estudiando (o la curación en caso de extracción completa).

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:

Hematoma leve, visión doble transitoria, cicatrices más o menos aparentes

• LOS MÁS GRAVES:

Dependen en cada caso de las características y localización de la masa a tratar. Su incidencia, por tanto, es muy variable y algunas pueden requerir una intervención urgente. Puede haber infección postoperatoria (celulitis, absceso), visión doble permanente por parálisis oculomotora (se trata con cirugía de estrabismo), parálisis facial que puede ser definitiva, falta de sensibilidad en la frente o mejilla, hematomas graves, ojo seco, párpado caído (se corrige con cirugía), trastorno de la acomodación y pérdida de visión de importancia variable (por daño en el nervio óptico), hasta la pérdida total e irreversible de la visión en situaciones extremas.

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.....