

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 PTERIGION:

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 pterigión es un crecimiento anormal de la conjuntiva por encima de la córnea que se debe a una exposición prolongada a rayos UV.

La intervención a la que usted va a someterse se llama cirugía de extracción de pterigión con injerto de conjuntiva.

Está indicada cuando el pterigión ocluye el eje visual o por razones estéticas y funcionales molesta y debe retirarse.

CÓMO SE REALIZA

La anestesia utilizada es local que se acompaña con sedación. Esta intervención puede demorar desde 1 hora a 1 hora y 30 minutos.

En este procedimiento se extrae el pterigión completamente y en su lugar se pone un injerto de la conjuntiva del paciente que se adhiere con puntos, los cuales son retirados a los 15 días de la cirugía.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El ojo estará inflamado después de la intervención, por lo que es normal, cierto dolor, enrojecimiento, lagrimeo, debe permanecer 15 días con parche hasta que se retiren los puntos.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Los beneficios asociados a la cirugía de pterigión son que no sentirá la sensación de cuerpo extraño y el ojo ya no se verá rojo.

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.

LOS MÁS FRECUENTES:

- Recidiva: Es muy importante que posterior a la cirugía Ud. Se proteja con lentes de sol con filtro UV, ya que la exposición muy prematura a los rayos UV puede provocar que vuelva a formarse el pterigión.
- Las más habituales son dolor en el postoperatorio leve a moderado que puede ser intenso y puede durar algunas semanas. Dehiscencia de las suturas, las suturas pueden soltarse si se manipula mucho el ojo posterior a la cirugía, debe procurar usar siempre su parche.
- Durante la intervención se puede producir: Hemorragias intraoculares que dependiendo de su cuantía empeorará en mayor o menor grado el pronóstico visual del paciente.

LOS MÁS GRAVES:

- Pérdida del injerto con adelgazamiento de la esclera, si el injerto se suelta y se cae durante el postoperatorio esto puede ser grave y se debe reintervenir lo antes posible para solucionarlo.

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.....