

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____
(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____
(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EVISCERACIÓN, ENUCLEACIÓN.

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:

Evisceración: consiste en extirpar el contenido del globo ocular y la parte anterior del mismo, rellenando el interior con un elemento que permite mantener su forma y tamaño previos.

Se indica generalmente cuando existe una enfermedad ocular sin solución y que además provoca dolor no controlable con medicación, o en casos de malformaciones del ojo que ofrecen una imagen desagradable.

Enucleación: consiste en la extirpación del globo ocular completo.

Se indica generalmente cuando existen tumores malignos en alguna estructura intraocular, para evitar su progresión, o en casos de traumatismos oculares graves.

En ambos casos, semanas después de la intervención se podrá colocar una prótesis externa que simule la parte anterior del ojo.

CÓMO SE REALIZA:

Ambas intervenciones se realizan con anestesia general, aunque en algunos casos seleccionados se pueden realizar con anestesia local.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Dolor en el postoperatorio que suelen tratarse con analgésicos.

Necesidad de mantener un tratamiento local con colirios y pomadas además de un tratamiento general durante el tiempo que le sea indicado.

Necesidad de un seguimiento postoperatorio y consultas con el protésico para la adaptación de la prótesis ocular.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Dependiendo de la causa por la que se ha realizado la indicación tendrán repercusión estética, en el dolor o tumor.

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:**

Persistencia de las molestias similares a las previas de la intervención, que suelen ceder con tiempo.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Hay veces que se produce la salida al exterior del elemento que se coloca para dar volumen al ojo extirpado, lo que requerirá nuevas intervenciones.

Infecciones en la zona intervenida.

OTROS MOTIVOS POR LOS 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.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____ Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o apoderado

Firma Médico