

## 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 INYECCIÓN INTRAVITREA

---

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 inyección intravítrea se utiliza para diferentes indicaciones, tales como: degeneración macular exudativa, edema macular por diabetes o por trombosis venosas, edema macular quístico, endoftalmitis infecciosa.

Consiste en la inyección de un medicamento en la cavidad vítrea, para el tratamiento de diversas enfermedades.

### CÓMO SE REALIZA

Este es un procedimiento ambulatorio, en este caso, volverá a casa en el mismo día.  
Se realiza habitualmente con anestesia local (con gotas).

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

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

Aún en ausencia de complicaciones, la visión suele estar disminuida en las primeras semanas tras la intervención.

Es frecuente la aparición de molestias, fotofobia, lagrimeo, enrojecimiento que irán disminuyendo poco a poco y con el tratamiento adecuado.

Debe mantener un reposo por 3 días posterior al procedimiento, que consiste en no hacer fuerzas. Y su doctor le indicara algún tratamiento con gotas.

La evolución postoperatoria habitualmente permite la incorporación a las actividades cotidianas de forma progresiva.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Depende del objetivo y el medicamento a inyectar, pero en todos los casos se apunta a una mejor calidad de visión.

### 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 intervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Durante la cirugía y poco frecuentes:

- Los derivados de la técnica anestésica: reacciones a la medicación, alteraciones generales (mareos, hipotensión) y locales (hemorragia intraocular, desprendimiento de retina, infecciones).

### **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Después de la cirugía puede aparecer presión intraocular alta, inflamación ocular, hemorragia subconjuntival.

**LOS MÁS GRAVES:**

Después de la cirugía: es poco frecuente la infección de las estructuras intraoculares (endofthalmitis) que puede ocurrir de forma precoz o tras varios años después de la cirugía. Es una complicación muy grave e imposible de prevenir y que aún con el tratamiento oportuno puede conllevar la pérdida de la función visual e inclusive del ojo.

OTROS MOTIVOS PARA 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 esta no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar 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 de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

<b>En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento</b>	
Apoderado: _____	Rut: _____

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====  
Rechazo 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.

<b>En caso de DENEGACION O REVOCACION</b>	
_____ Firma Paciente o Apoderado	_____ Firma Médico