

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 QUERATOPLASTIA LAMELAR

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 queratoplastia lamelar consiste en el reemplazo de tejido corneal dañado por tejido donante, dejando en posición el tejido corneal no alterado. La finalidad de realizar una queratoplastia

lamelar es recuperar la transparencia de la córnea para permitir el paso de la luz y la imagen al interior del ojo.

CÓMO SE REALIZA

La queratoplastia lamelar es una cirugía mayor que requiere habitualmente hospitalización y anestesia general (aunque a veces se puede realizar con anestesia local).

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Picor, escozor, lagrimeo, hiperemia (ojo rojo), fotofobia, deslumbramiento, visión borrosa. Con el tratamiento médico dicha sintomatología irá disminuyendo progresivamente.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

La transparencia de la córnea permitirá un adecuado enfoque de la imagen y, por tanto, la recuperación y/o mejoría de la función visual.

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:

Durante la operación: perforación de la córnea receptora o donante, hemorragia, irregularidades en la interfase o en el injerto.

Después de la operación: sutura inadecuada, infección, formación de una pseudocámara entre el lecho receptor y botón donante, aumento de la presión intraocular.

Tardías: neovascularización de la superficie periférica o de la interfase, rechazo del injerto, alteraciones del epitelio corneal, defectos refractivos elevados, recidiva de la enfermedad de base.

• LOS MÁS GRAVES:

Derivados de la anestesia general, pudiendo ocurrir coma irreversible por depresión del sistema nervioso o incluso fallecimiento por parada cardio-respiratoria, siendo una complicación excepcional.

Endoftalmitis (infección intraocular), proceso muy grave para la integridad ocular, que requiere de tratamiento antibiótico intensivo tópico y sistémico.

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.

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