

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, INTERVENCION QUIRURGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPOTESIS DIAGNOSTICA

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA RECAMBIO DE LENTE INTRAOCULAR

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 intervención a la que usted va a someterse tiene por objetivo sustituir la lente intraocular colocada en una intervención anterior (deteriorada o de potencia no adecuada) por otra lente que se ajuste mejor a sus necesidades.

CÓMO SE REALIZA:

Consiste en la apertura del ojo, sacar la lente, y sustituirla por la que se considere adecuada.

Puede necesitar hospitalización o ser ambulatoria, en este caso, volverá a casa tras unas horas de hospitalización.

Se realiza habitualmente con anestesia local (con gotas, o con inyección del anestésico por detrás del ojo). A veces es necesario realizar una anestesia general.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Las molestias propias de una intervención de catarata (roce, lagrimeo, deslumbramiento) que irán desapareciendo con el tiempo.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

La nueva lente se ajustará mejor a su defecto de refracción y la corrección en gafas será menor de la que actualmente precisa.

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 cirugía: poco frecuentes y de consecuencias muy variables en función del grado de la complicación: hemorragia intraocular, perforación de alguna estructura ocular o rotura de la cápsula posterior del cristalino con salida del vítreo.

Deslumbramiento, inflamación ocular, edema corneal leve o moderado, separación de los bordes de la herida, hipertensión ocular leve o moderada... habitualmente se resuelven con tratamiento en pocos días.

• LOS MÁS GRAVES:

Los derivados de la anestesia loco-regional (perforación del globo ocular con hemorragia intraocular, desprendimiento de retina, hemorragia orbitaria retroocular que pudiera hacer

suspender la intervención. visión doble postoperatoria temporal o permanente, caída del párpado superior de carácter temporal o permanente).

Durante la cirugía: Muy poco frecuentes y muy grave, es la llamada hemorragia expulsiva, y que conlleva la pérdida de la visión.

Tras la cirugía:

Poco frecuentes: visión doble, desplazamiento de la lente intraocular, deformidad pupilar, desprendimiento de retina, edema corneal grave (puede requerir trasplante de córnea).

Muy poco frecuente y muy grave: Infección intraocular (endoftalmitis) pocos días o incluso meses después de la cirugía, que requiere un tratamiento muy agresivo y que puede llevar a la pérdida de la visión e incluso a la pérdida del ojo.

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