

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 CIRUGÍA DE CATARATA INFANTIL

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de 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

Las cataratas pueden ser descritas como congénitas si están presentes en el nacimiento, o infantiles si aparecen en los primeros meses o años de vida. La operación de la catarata consiste en la extracción del cristalino opacificado, valorando la posibilidad de colocar una lente intraocular.

CÓMO SE REALIZA

Precisa anestesia general. Habitualmente la extracción se realiza mediante ultrasonidos. El implante de una lente intraocular es controvertido en niños menores de 2 años, y tampoco se recomienda el implante de la misma cuando la catarata se acompaña de otras anomalías oculares: glaucoma, microftalmos, vasculatura fetal (PVF), ectopia del cristalino, inflamación intraocular crónica.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Tras la intervención, es normal la sensación de cuerpo extraño, enrojecimiento, lagrimeo, molestias al mover los ojos, visión borrosa... que irán mejorando progresivamente al pasar los días y al aplicar el tratamiento que le aconseje su oftalmólogo pediátrico.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mejorará su calidad de visión, lo que facilitará el tratamiento de su ambliopía por privación ("ojo vago"), dependiendo de la existencia o no de otra patología ocular asociada.

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:

Inflamación postoperatoria intensa, que suele responder bien al tratamiento con corticoides tópicos y, ocasionalmente, generales.

Deformidad pupilar, que la mayoría de las veces no requiere tratamiento quirúrgico.

Descentrado de la LIO: suele ser necesario recolocarla en el quirófano.

Opacidad de la cápsula posterior, que requiere limpieza de esta con láser YAG.

• LOS MÁS GRAVES:

Hemorragia expulsiva: complicación muy infrecuente que puede originar la pérdida de la visión y a veces del globo ocular.

Endoftalmitis (infección intraocular): requiere tratamiento antibiótico muy agresivo, y también puede originar la pérdida de la visión y del ojo.

Glaucoma (aumento de la tensión ocular): se trata con colirios o cirugía.

Desprendimiento de retina, que puede aparecer incluso años después de la cirugía.

Derivados de la anestesia general, pudiendo llegar al coma irreversible por depresión del sistema nervioso o incluso fallecimiento por fallo cardio-respiratorio, complicación excepcional.

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 la misma 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 del /de la apoderada(o).

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.

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

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.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o Apoderado

Firma Médico