

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 DE MEDICAMENTOS

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

La técnica a la que usted va a someterse consiste en la administración de ciertos fármacos o gases dentro del ojo, para mejorar su eficacia, o porque en ocasiones es la única vía por la que pueden ser efectivos.

Sus aplicaciones son muy variadas dependiendo de las sustancias a inyectar, que pueden ser gases que mecánicamente ayudarán a solucionar un desprendimiento de retina, antibióticos en infecciones intraoculares, corticoides y sustancias antiangiogénicas en ciertas afecciones retinianas, fibrinolíticos en inflamaciones intraoculares etc. En ocasiones, sobre todo en procesos

infecciosos/inflamatorios intraoculares puede estar indicada la extracción de muestras intraoculares (dentro del ojo) para su estudio y/o análisis.

CÓMO SE REALIZA

Se realiza ambulatoriamente, con anestesia local tópica (gotas). Las inyecciones se realizan en el segmento anterior del ojo (cámara anterior) y/o en el segmento posterior (cámara vítrea).

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Durante la intervención, notará sensación de deslumbramiento, molestias leves, presión en la zona ocular.

Tras la intervención, es normal la sensación de cuerpo extraño, enrojecimiento, lagrimeo, molestias al mover los ojos, visión borrosa... Estas molestias irán mejorando al pasar los días y al aplicar el tratamiento que se le aconseje. Con frecuencia tras la cirugía, aparecerá ojo rojo y dolor ocular, para lo que se les prescribirá analgésicos y antiinflamatorios.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Conseguir que determinados medicamentos necesarios para la curación o alivio de la enfermedad penetren en el ojo, de manera eficaz y a dosis suficiente.

Obtener muestras del interior del globo ocular para ayudar en el diagnóstico de una enfermedad concreta o en casos de infecciones conocer el germen causante del proceso y averiguar los antibióticos más sensibles para que el tratamiento sea lo más exacto y eficaz posible.

En otros casos, es la mejor forma de lograr el taponamiento de los agujeros de la retina y su sujeción (desprendimientos de retina).

Las consecuencias previsibles de su realización son: aumentar las posibilidades de obtener la curación de la infección o proceso inflamatorio. Conseguir la reaplicación de la retina en el caso de desprendimientos de retina gracias a la acción gas expansivo introducido.

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:

Hemorragia subconjuntival, que se resuelve espontáneamente. Elevación transitoria de la presión ocular (siendo excepcional su elevación permanente, precisando en este caso de tratamiento médico o quirúrgico)

• LOS MÁS GRAVES:

Existen otras complicaciones poco frecuentes pero susceptibles de provocar una disminución de visión importante: hemorragia intraocular, desprendimiento de retina. Infección intraocular, cataratas (por el traumatismo de la inyección o por acción del propio medicamento utilizado).

En ocasiones pueden presentarse alteraciones generales (crisis vagales con mareos, hipotensión, taquicardia), que en determinados casos obliga a suspender la inyección.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS:

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

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.

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