

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 EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES ORBITARIAS

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

Las varices orbitarias son dilataciones anormales de las venas. Las varices orbitarias pueden ser visibles a través de los párpados y bajo la conjuntiva.

También es frecuente que produzcan proptosis, que es la apariencia del ojo de estar hacia afuera respecto del otro.

Sólo pueden ser intervenidas aquellas varices que se sitúan de manera anterior y en el ojo y son visibles a través de la piel o la conjuntiva.

CÓMO SE REALIZA

De manera habitual la intervención se realiza con anestesia local, aplicándose ésta mediante inyección de anestésico en la zona afectada.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Durante la intervención puede sentir molestias o dolor leve

Dolor en el postoperatorio que suele tratarse con analgésicos.

Necesidad de mantener un tratamiento local con colirios y pomadas además de un tratamiento general durante el tiempo que le sea indicado.

En los días posteriores a la intervención puede presentar hematomas palpebrales y/o hemorragias subconjuntivales, que no suponen un peligro para el ojo o su función.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

El objetivo de esta técnica es aliviar su problema cosmético o evitar el dolor por las trombosis de las varices.

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:

- Dolor leve o moderado, que se suele controlar con analgésicos habituales.
- Hematomas palpebrales (en los párpados) y conjuntivales, que se resolverán espontáneamente en los días posteriores.

• LOS MÁS GRAVES:

- Se pueden producir hematomas periorcarios, que produzcan compresión y requieran una segunda intervención.
- Se pueden producir lesiones de los tejidos oculares que obliguen a intervenciones posteriores
- Los riesgos más importantes, aunque muy raros y poco frecuentes pueden ser derivados de la anestesia, sea local o general.

OTROS MOTIVOS POR 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 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

Representante legal: _____ Rut: _____

Firma paciente o representante legal

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

Firma Médico