

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL GLAUCOMA-IMPLANTE VALVULAR

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente..... Edad:.....

Nombre y apellidos (Representante legal)..... RUT:.....

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha explicado que el glaucoma es una enfermedad crónica en la que el aumento de presión del ojo causa una destrucción irreversible del nervio óptico con la consiguiente disminución del campo visual y finalmente la pérdida de la visión.
- El tratamiento actual de esta enfermedad consiste en disminuir la presión ocular por medio de medicamentos administrados en forma de colirios que se aplican en el ojo, trabeculoplastía con Laser Argón, medicamentos por vía oral, no exentos de efectos secundarios y cirugía (trabeculectomía, iridectomía, o implante valvular).
- La intervención permite crear una filtración en el ojo para que circule mejor el líquido del mismo o humor acuoso

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que esta intervención consiste en crear una filtración en el ojo para que circule mejor el líquido del mismo o humor acuoso y así poder disminuir la presión intraocular que está alta, existiendo distintas técnicas para lograr este fin.
- En algunos casos, es necesario colocar un implante valvular, que consiste en la colocación de un sistema artificial para facilitar la evacuación del humor acuoso.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anesthesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Como otros específicos del procedimiento: 1. Desprendimiento de retina. 2. Catarata. 3. Glaucoma maligno, es decir, la subida de tensión tras la operación, que obliga muchas veces a una reintervención. 4. Uveitis o inflamación seria. 5. Infecciones severas o panoftalmitis. 6. Hemorragias intraoculares. 7. Cámara anterior plana. 8. Desprendimiento de coroides.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).
 RUT.
 Firma:

Sr(a).
 RUT.
 Firma:

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:
 Firma:.....
 Fecha:.....

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:.....
 Firma:.....
 Fecha:.....