

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DEL ESTRABISMO

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACION

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que el procedimiento quirúrgico consiste en el desplazamiento de los músculos que rodean los ojos y conseguir de esta forma su alineamiento y la desaparición del estrabismo y de posiciones viciosas de la cabeza. En ocasiones, es necesario más de una cirugía para conseguir un resultado satisfactorio. En el caso de suturas ajustables, debe realizarse un realineamiento a las 24 horas de la intervención, modificando la longitud de las suturas previa anestesia tópica.

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 anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que el estrabismo es la desviación de uno o los dos ojos. Hay varios tipos de estrabismo, pero los más frecuentes son desviaciones hacia adentro (estrabismo convergente), o hacia fuera (estrabismo divergente). Se trata de una cirugía ocular que pretende restablecer el paralelismo de los globos oculares y la desaparición de tortícolis si existe, así como alcanzar resultados estéticos aceptables, y en edad infantil, disponer al ojo para desarrollar una correcta función visual.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado, que no existen alternativas a esta cirugía ya que no se dispone de otro método.

RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS 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.

Intraoperatorios:

- Pérdida o rotación muscular
- Hemorragia
- Perforaciones esclerales durante la sutura
- Dificultad para aislamiento muscular en reintervenciones

Postoperatorias:

- Hemorragias subconjuntivales
- Adherencias tenonianas
- Quistes conjuntivales
- Granulomas / Cicatriz retráctil
- Dehiscencia de suturas
- Queratitis marginal
- Hipo o hipercorrecciones
- Limitaciones de la movilidad de los ojos y tortícolis
- Infecciones muy poco frecuentes



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.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

.....
.....



DECLARACION 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.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).
 RUT.
 Firma:

Sr(a).
 RUT.
 Firma:

NEGACION (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:.....

REVOCACION

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:.....

