

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL ESTRABISMO

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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

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

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- 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.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- 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 anesestesiólogo, 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. Intraoperatorios:** 1. Pérdida o rotación muscular. 2. Hemorragia. 3. Perforaciones esclerales durante la sutura. 4. Dificultad para aislamiento muscular en reintervenciones. **2. Postoperatorias:** 1. Hemorragias subconjuntivales. 2. Adherencias tenonianas. 3. Quistes conjuntivales. 4. Granulomas / Cicatriz retráctil. 5. Dehiscencia de suturas. 6. Queratitis marginal. 7. Hipo o hipercorrecciones. 8. Limitaciones de la movilidad de los ojos y tortícolis. 9. 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.

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). Sr(a).
 RUT. RUT.
 Firma: 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: