



Consentimiento Informado
Entropión Ectropión Triquiasis

Consentimiento Informado Entropión Ectropión Triquiasis

Consentimiento Informado Entropión Ectropión Triquiasis

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:
Entropión / Ectropión / Triquiasis

Lado del Ojo:.....

INFORMACIÓN

Esta información pretende que usted pueda tomar una decisión sobre la operación a la que usted va a ser sometido.

ENTROPIÓN.

ENTROPIÓN es una alteración del párpado que consiste en la tendencia del margen palpebral a dirigirse hacia dentro, hacia el globo ocular. Debe ser intervenido puesto que existe el riesgo de lesión de la córnea por las pestañas.

ECTROPIÓN

El ECTROPIÓN es una alteración del borde del párpado que consiste en la tendencia del margen palpebral a dirigirse hacia fuera, se despega del globo ocular. Si le produce lagrimeo intenso o irritación ocular importante, debe ser intervenido.

TRIQUEIASIS/DISTRIQUEIASIS

La TRIQUEIASIS consiste en una alteración del origen de las pestañas, que hacen que se dirijan de manera anómala hacia el globo ocular, produciendo roce con la córnea y, por lo tanto, úlceras corneales. La Distriquisis consiste en el nacimiento anómalo de las pestañas, de manera que nacen en una posición más posterior de lo normal, produciendo roce con la córnea.

En su caso, usted padece_____

RIESGOS ASOCIADOS

Los riesgos derivados de la intervención son:

- **Hematoma o edema palpebral.** Es transitorio y se resuelve espontáneamente.
- **Infección de la herida.** Requiere tratamiento antibiótico.
- **Hipercorrección/hipocorrección.** A veces, la intervención no resuelve la situación totalmente en la primera ocasión, necesitando una reintervención.

- **Utilización de injertos.** Para la corrección de ectropión cicatricial y de Triquiasis y Distriquiasis, se precisa el uso de injertos que pueden ser obtenidos de MUCOSA LABIAL (labio), NARIZ (cornete inferior) o CARTÍLAGO AURICULAR (pabellón auricular).
- **Utilización de radiocirugía.** Se utiliza para algunos casos de Triquiasis/Distriquiasis.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

Entropión / Ectropión / Triquiasis

Lado del Ojo:.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

El paciente o persona que autorizan en caso de ser menor de edad o cuando el paciente esté física o mentalmente incompetente o incapacitado

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).