



Consentimiento Informado para
Cirugía del Glaucoma, Implante
Valvular.

Consentimiento Informado Para Cirugía Del Glaucoma, Implante Valvular.

Consentimiento Informado Para Cirugía Del Glaucoma, Implante Valvular.

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 para:
CIRUGÍA DE GLAUCOMA, IMPLANTE VALVULAR

Lado del Ojo:.....

INFORMACIÓN GENERAL

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, trabeculoplastia con Láser Argón, medicamentos por vía oral, no exentos de efectos secundarios y cirugía (trabeculectomía, iridectomía, o implante valvular).

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el cirujano. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

En qué consiste la cirugía del glaucoma

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. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Riesgos de la intervención del glaucoma.

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 los debidos a la condición clínica del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, anemia, obesidad, edad avanzada).

Y los específicos del procedimiento.

- Desprendimiento de retina. Catarata.
- Glaucoma maligno, es decir, la subida de tensión tras la operación, que obliga muchas veces a una reintervención.
- Uveítis o inflamación seria.
- Infecciones severas o panoftalmitis.
- Hemorragias intraoculares.
- Cámara anterior plana. Desprendimiento de coroides.

A veces no es posible dominar la tensión ocular con una sola intervención y hay que realizar otras operaciones o añadir tratamiento médico.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.



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:
CIRUGÍA DE GLAUCOMA, IMPLANTE VALVULAR

Lado del Ojo:.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

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).