



Consentimiento Informado Para
Rehabilitación Quirúrgica Por
Orbitopatía Tiroídea

Consentimiento Informado Para Rehabilitación Quirúrgica Por Orbitopatía Tiroídea

Consentimiento Informado Para Rehabilitación Quirúrgica Por Orbitopatía Tiroídea

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, a los siguientes tratamientos quirúrgicos de:

1. Descompresión orbitaria ósea lipectomía
2. Estrabismo restrictivo
3. Retracción palpebral superior
4. Retracción palpebral inferior

Órbita lado:.....

INFORMACIÓN

- El propósito del procedimiento a realizar me ha sido explicado detalladamente y consiste en lograr la rehabilitación quirúrgica de los cambios anatómicos y funcionales que se han producido en la órbita y tejidos perioculares debido a la enfermedad Tiroídea. Se me ha informado detalladamente las complicaciones que puedan surgir de los diferentes procedimientos que he autorizado se me realicen.
- Se me ha explicado y asumo el riesgo, que la descompresión ósea de la órbita puede causar alteraciones visuales e incluso la total pérdida de visión en 1 caso de cada 500 intervenciones, debido a manipulación quirúrgica en un espacio pequeño y complejo, como es la cavidad orbitaria, en especial en la región maxilar y bucal puede quedar alterada de manera post-operatoria debido a la manipulación de los nervios sensitivos de dichas zonas, existiendo en algunos casos una recuperación completa de la sensibilidad en un lapso aproximado de 6 meses; que la manipulación quirúrgica de la órbita puede producir un desbalance en la motilidad ocular, lo que podría originar la aparición de visión doble en el post-operatorio; debido a que la enfermedad ha afectado a los músculos extraoculares del ojo, esta alteración puede desaparecer en un lapso aproximado de 6 semanas, pero puede ser permanente y requerir una nueva intervención quirúrgica para corregir el problema; que el desbalance muscular originado por la cirugía será más notorio y posiblemente necesite de una nueva cirugía si previamente a la descompresión orbitaria ya presentaba alteración de la motilidad por fibrosis muscular, aun cuando clínicamente no tenga visión doble; se puede producir una hemorragia intraorbitaria en el post operatorio y las consecuencias (como pérdida de visión) que ésta puede traer, por lo que autorizo a dejar un drenaje que será retirado en el post-operatorio cuando se considere prudente; que durante la descompresión ósea se puede producir una disrupción involuntaria del espacio craneal con la consiguiente pérdida de líquido cefalorraquídeo, que será intraoperatoriamente pero que puede ser motivo de una cirugía y, muy raramente, causa de una posible infección del sistema nervioso central; que durante la cirugía de estrabismo puede producirse perforación ocular, por lo que puede ser causa de posponer la cirugía y originar alteraciones oculares como endoftalmitis o desprendimiento de retina; que debido a la afectación de los músculos extraoculares por la enfermedad autoinmune con el consiguiente malfuncionamiento de los mismos, puede originar que la cirugía de estrabismo calculada no sea eficiente para eliminar la visión doble pudiendo requerirse nuevos procedimientos quirúrgicos de este tipo; que la cirugía de debilitamiento de los músculos elevadores del párpado superior para la corrección de la retracción palpebral superior puede causar hipo o hipercorrección debido a la subjetiva colaboración intraoperatoria que requieren los cirujanos de mi parte y también debido al proceso de cicatrización secundario post operatorio, por lo que es posible requerir una nueva intervención para la corrección quirúrgica de la posición del párpado superior; que el equipo quirúrgico tiene como objetivo lograr la mayor simetría posible en relación a la posición de los párpados pero soy consciente de que la simetría exacta es difícil de conseguir o no existe en la fisonomía normal; que la utilización de espaciadores de los párpados para la corrección de la retracción palpebral superior o inferior tienen los riesgos del uso material donante y que pueden ser muy raramente mal tolerados por el organismo con la consiguiente necesidad de retirarlos postoperatoriamente, lo que sucede muy infrecuentemente.
- Asumo que existen riesgos inherentes a cualquier cirugía como las infecciones postoperatorias, hemorragias o accidentes quirúrgicos como perforación involuntaria del globo ocular; conozco que los cirujanos autorizados han tomado todas las precauciones debidas para evitar este tipo de complicaciones, pero que pueden ocurrir; conozco a la vez los riesgos que conlleva el uso de anestesia local y general y que se han tomado las precauciones necesarias por parte de los cirujanos y del equipo anestésico.

- Entiendo que durante la cirugía se pueden observar situaciones que no se han detectado previamente o surgir condiciones que requieren la realización de algún procedimiento quirúrgico adicional que no ha sido explicado anteriormente, por lo que autorizo a los doctores a realizar los procedimientos operatorios adicionales que consideren necesarios durante el acto quirúrgico; igualmente autorizo al equipo quirúrgico a decidir la descompresión de alguna pared orbitaria adicional si considera que la descompresión ósea previamente discutida no es suficiente para lograr la adecuada rehabilitación quirúrgica.

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:

1. Descompresión orbitaria ósea lipectomía
2. Estrabismo restrictivo
3. Retracción palpebral superior
4. Retracción palpebral inferior

Órbita lado:.....

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).