



Angiografía Retinal Con Fluoresceína.

Angiografía Retinal Con Fluoresceína

Consentimiento Informado Para Angiografía Retinal Con Fluoresceína.

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 procedimiento de una
ANGIOGRAFÍA RETINAL CON FLUORESCÉINA

INFORMACIÓN GENERAL:

Existen enfermedades vasculares de la retina en las cuales, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento, es necesaria la realización de una angiografía.

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 angiografía de la retina:

Esta prueba consiste en la administración por vía intravenosa de 10 cc de fluoresceína, para observar y fotografiar su paso por los vasos del ojo. Por efecto del colorante aparece a los pocos minutos una tinción amarillenta de la piel, que suele durar menos de 48 horas, hasta su completa eliminación por la orina, que será así mismo de color amarillo, sin que ello represente ninguna complicación para su persona, a no ser la solamente estética y pasajera.

- Para realizar el examen se debe dilatar la pupila de ambos ojos, lo que producirá visión borrosa por varias horas. Es indispensable que el paciente esté acompañado al momento de retirarse.
- Los medicamentos que Ud. toma no deben suspenderse.
- Si usa lentes de contacto, debe retirarlos previo a la instilación de las gotas midriáticas.
- No es necesario el ayuno.

Riesgos de la angiografía de la retina:

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 situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, edad avanzada, anemia, obesidad, y los específicos del procedimiento). Es necesario que informe si se encuentra embarazada, pues en estas condiciones el examen no puede ser realizado.

La administración del colorante puede producir algunas reacciones adversas de carácter leve-moderado (1.5%) tanto a nivel local como las comunes a cualquier otra inyección intravenosa (Extravasación del colorante, tromboflebitis, etc.) Como a nivel general (náuseas, vómitos, mareos, urticaria, etc.) En muy escaso porcentaje (0.01%) las reacciones adversas son severas, requiriendo tratamiento de urgencia, como convulsiones, edema de la laringe, shock anafiláctico, infarto de miocardio o excepcionalmente, paro cardio-respiratorio (0.001%).



He sido informado por la Tecnóloga Médico y doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento descrito anteriormente y las instrucciones que sean necesarias o convenientes durante la realización de éste, a juicio de los profesionales que la llevan a cabo.

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 procedimiento de:

ANGIOGRAFÍA RETINAL CON FLUORESCÉINA

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).