



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Dacriocistorrinostomía

Consentimiento Informado Para Cirugía De Dacriocistorrinostomía

Consentimiento Informado Para Cirugía De Dacriocistorrinostomía

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
DACRIOCISTORRINOSTOMÍA EXTERNA

Lado del Ojo:.....

INFORMACIÓN GENERAL

La obstrucción crónica de las vías lagrimales es un impedimento al drenaje normal que sufre la lágrima, viéndose ésta obligada a gotear y caer por el párpado. También el saco lagrimal así obstruido puede sufrir infecciones crónicas que, en ocasiones, pueden llevar a la formación de un absceso con aparición de una fístula a través de la piel que cubre el saco lagrimal.

El tratamiento definitivo consiste en realizar una Dacriocistorrinostomía. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el médico tratante. Es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia.

En qué consiste la Dacriocistorrinostomía externa

La operación de Dacriocistorrinostomía consiste en crear una vía alternativa para lograr el drenaje de la lágrima a través de un orificio hecho en el hueso de la nariz.

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

Riesgos de la Dacriocistorrinostomía externa

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, edad avanzada, anemia, obesidad) y los específicos del procedimiento.

- Persistencia del lagrimeo (5-10%). Hemorragia severa.
- Infecciones graves.
- Formación de una cicatriz antiestética.

Estas tres últimas complicaciones se presentan en un porcentaje muy bajo.

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.

Que otras alternativas hay

Otras formas paliativas de tratamiento abarcan la extirpación del saco lagrimal que soluciona el problema de las infecciones crónicas pero no el del continuo lagrimeo, el masaje diario en el lado de la nariz donde se encuentra el saco lagrimal para evitar la infección y formación de un absceso y el tratamiento con antibióticos sistémicos cada vez que se infecte el saco.

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:
DACRIOCISTORRINOSTOMÍA EXTERNA

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).