



Consentimiento Informado para
Cirugía de Estrabismo

Consentimiento Informado Para Cirugía De Estrabismo

Consentimiento Informado para Cirugía de Estrabismo

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:
ESTRABISMO

INFORMACIÓN GENERAL

Estrabismo es la desviación de uno o los dos ojos. Hay varios tipos de estrabismo, pero los más frecuentes son desviaciones hacia adentro (estrabismo convergente), o hacia fuera (estrabismo divergente). Se trata de una cirugía ocular que pretende restablecer el paralelismo de los globos oculares y la desaparición de tortícolis si existe, así como alcanzar resultados estéticos aceptables, y en edad infantil, disponer al ojo para desarrollar una correcta función visual.

El tipo de anestesia requerida será la recomendada por el médico tratante, (en niños, anestesia general). Es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiovasculares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

En qué consiste la cirugía de estrabismo

El procedimiento quirúrgico consiste en el desplazamiento de los músculos que rodean los ojos y conseguir de esta forma su alineamiento y la desaparición del estrabismo y de posiciones viciosas de la cabeza. En ocasiones, es necesaria más de una cirugía para conseguir un resultado satisfactorio. En el caso de suturas ajustables, debe realizarse un realineamiento a las 24 horas de la intervención, modificando la longitud de las suturas previa anestesia tópica. 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 cirugía de estrabismo

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

Intraoperatorios

- Pérdida o rotación muscular. Hemorragia.
- Perforaciones esclerales durante la sutura. Perforaciones esclerales durante la sutura.
- Dificultad para aislamiento muscular en reintervenciones.

Postoperatorias

- Hemorragias subconjuntivales. Adherencias tenonianas. Quistes conjuntivales.
- Granulomas. Cicatriz retráctil. Dehiscencia de suturas. Queratitis marginal.
- Hipo o hipercorrecciones.
- Limitaciones de la movilidad de los ojos y tortícolis. Infecciones muy poco frecuentes.

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

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 DEL ESTRABISMO

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).