



Consentimiento Informado En
Cirugía De Exanteración Orbitaria

Consentimiento Informado En Cirugía De Exanteración Orbitaria

Consentimiento Informado en Cirugía de Exanteración Orbitaria

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:

EXANTERACIÓN ORBITARIA

Lado de la Órbita del Ojo.....

INFORMACIÓN

Esta información pretende que usted pueda tomar una decisión adecuada sobre la intervención quirúrgica a la que va ser sometido.

- La Exanteración orbitaria consiste en la extirpación de los tejidos que contiene la órbita, incluido el globo ocular. Muchas veces se debe incluir en la cirugía la piel y anexos que la cubren.
- En la misma intervención, si es necesario, se realiza la reconstrucción para cubrir la zona operada con piel, tejido subcutáneo e incluso muscular de otra zona de su propio cuerpo. A veces se completa más adelante con una prótesis móvil.

Es necesaria la anestesia general y precisa ingreso hospitalario, posiblemente de unos dos o tres días.

RIESGOS:

Las complicaciones que pueden presentarse como consecuencia de esta cirugía son las siguientes:

- **Infección superficial:** se trata con antisépticos y antibióticos generales.
- **Hematoma-hemorragia del área quirúrgica,** que puede producir necrosis del colgajo (que la reconstrucción no sea eficaz). Se precisa entonces que cierre espontáneamente la herida y a veces una segunda operación reconstructiva.
- **Osteomielitis:** Infección del hueso orbitario, que responde a tratamiento médico.
- **Comunicación con fosas nasales, o senos, o fistulas del líquido cefalorraquídeo,** que precisan cirugía correctora.
- **Neuralgias:** dolor neurítico local.

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: EXANTERACIÓN ORBITARIA

Lado de la Órbita 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).