



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Patología Retiniana Con
Láser De Argón

Consentimiento Informado Para Cirugía De Patología Retiniana Con Láser De Argón



Consentimiento Informado Para Cirugía De Patología Retiniana Con Láser De Argón

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:
PATOLOGÍA RETINIANA CON LÁSER DE ARGÓN

INFORMACIÓN GENERAL

Existen diversas patologías que afectan a la retina, en unos casos favoreciendo el crecimiento de vasos sanguíneos anormales (diabetes, degeneración macular senil), en otros produciendo desgarros retinianos, y por último, otros casos en los que se altera la permeabilidad de las capas de la retina.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el médico tratante. Es necesario que se advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiovasculares, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia.

En qué consiste el tratamiento de Patología Retiniana con láser de Argón

El láser argón produce una quemadura retiniana con la que se pretende eliminar esos vasos anómalos o sellar la retina en el caso del desgarro retiniano.

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

Riesgos del tratamiento de Patología Retiniana con láser de Argón

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.

- Inflamación de todas o de partes de las estructuras del globo ocular.
- Hemorragias.
- Dolor. Encandilamiento.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. También pueden causar una disminución total o parcial transitoria de la visión, que en casos excepcionales pudiera ser definitiva, y que va a necesitar reposo durante unas 48 horas después de cada sesión del tratamiento. En casos excepcionales, podrían presentarse situaciones atípicas de riesgo (como fotocoagulación directa sobre la zona de máxima visión, por un movimiento fortuito del ojo), que obligasen a suspender el tratamiento o modificarlo.



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:
PATOLOGÍA RETINIANA CON LÁSER DE ARGÓN

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....