



Consentimiento Informado
Para El Procedimiento De
Angiografía Retinal

Consentimiento Informado Para El Procedimiento De Angiografía Retinal

Consentimiento Informado Para El Procedimiento De Angiografía Retinal

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, a una **ANGIOGRAFÍA RETINAL**.

Lado del Ojo:.....

INFORMACIÓN GENERAL

1. La Angiografía es un examen específico para las enfermedades vasculares de la retina.
2. Este examen consiste en inyectar un medio de contraste (5 cc de fluoresceína al 10%) en el torrente sanguíneo y fotografiar su paso por las arterias y venas de la retina. El colorante se inyecta en una vena del brazo o mano.
3. Para realizar este examen se debe dilatar la pupila de ambos ojos, lo que producirá visión borrosa por varias horas.
4. Por efecto del colorante aparece una tinción amarillo anaranjado en la piel y la orina que puede durar hasta 48 hrs.

Riesgos de la Angiografía:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización se pueden presentar los siguientes efectos indeseables:

Reacciones adversas leves a moderadas (1.5%)

- A nivel local se puede producir extravasación del colorante, tromboflebitis
- A nivel general se puede producir náuseas, vómitos, mareos, urticaria

Reacciones adversas severas (0.001%)

- Se puede producir convulsiones, edema de laringe, shock anafiláctico, infarto de miocardio.
- Procedimientos alternativos si los hay.

Declaro haber sido informado y he comprendido las instrucciones del examen.

Doy mi consentimiento para realizar la Angiografía Retinal y acepto los procedimientos adicionales que sean necesarios y conveniente ante cualquier imprevisto durante el examen a juicio de los profesionales que la lleven a cabo.

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 conforme 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 **ANGIOGRAFIA RETINAL**

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).