



Consentimiento Informado Para
Intervenciones Quirúrgicas De
Reconstrucción De Cavidad Orbitaria:
Evisceración, Enucleación O Implante
Secundario.

Consentimiento Informado Para Intervenciones Quirúrgicas De Reconstrucción De Cavidad Orbitaria: Evisceración, Enucleación O Implante Secundario.

Consentimiento Informado Para Intervenciones Quirúrgicas De Reconstrucción De Cavidad Orbitaria: Evisceración, Enucleación O Implante Secundario.

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:
RECONSTRUCCIÓN DE CAVIDAD ORBITARIA:

Evisceración

Enucleación

Implante secundario

Cavidad orbitaria lado:.....

INFORMACIÓN

Se me ha explicado de forma satisfactoria la naturaleza y los propósitos de la intervención, de sus posibles riesgos y complicaciones y de las posibles alternativas de tratamiento.

Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la operación sea el más satisfactorio.

En mi caso, la anestesia más indicada para la intervención quirúrgica a la que voy a ser sometido es:

.....

De igual forma en mi caso la técnica quirúrgica más indicada es:

.....

Existen diversas actuaciones en la cirugía de la reconstrucción de cavidad:

1. Evisceración: consiste en el vaciamiento del contenido del globo ocular, colocando en su interior un injerto integrado. Se recubre el injerto con tejidos propios del ojo (esclera, y conjuntiva).
2. Enucleación: consiste en la enucleación del globo ocular. Se reconstruye el ojo con un injerto integrado al que se le suman los músculos extraoculares. Se recubre el injerto con tejidos propios del ojo (Cápsula de Tenón y conjuntiva), siendo necesario utilizar a veces, injertos de banco, esclera o material liofilizado o injertos dermograsos.
3. Órbita anoftálmica-reconstrucción: debido a la falta de globo ocular, se reconstruye la cavidad ocular con un injerto integrado, recubriendo de esclera de banco, o material liofilizado o injertos dermograsos . Se tapiza todo el injerto con tejidos propios de la órbita.

RIESGOS Y COMPLICACIONES:

1. Edema palpebral (15-30 días).
2. Dolor post-operatorio (8-15 días)
3. Hematoma orbitario
4. Exposición del injerto
5. Infección del injerto

Todas las complicaciones se solucionan con tratamiento médico, o nueva cirugía. Sólo un 1% es necesario retirar al injerto.

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:

RECONSTRUCCIÓN DE CAVIDAD ORBITARIA:

- Evisceración
- Enucleación
- Implante secundario

Cavidad orbitaria lado:.....

El paciente o persona que autorizan en caso de ser menor de edad o cuando el paciente esté física o mentalmente incompetente o incapacitado:

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).