

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Orden de la Generalitat de Catalunya, (DOGC nº 1477 de 7-8-1991)

TRATAMIENTO DE PATOLOGIA RETINIANA CON LASER DE ARGON

INFORMACIÓN GENERAL

Existen diversas patologías que afectan a la retina, en unos casos favoreciendo el crecimiento o alterando la permeabilidad de los vasos sanguíneos anómalos (diabetes, degeneración macular senil y otras), y en otros produciendo degeneraciones y desgarros retinianos.

El tipo de anestesia para su abordaje es generalmente tópica o loco-regional. Es necesario que el paciente advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones 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 y de las degeneraciones retinianas.

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

RIESGOS DEL TRATAMIENTO DE LA 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 situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia obesidad...), y los específicos del procedimiento:

- Inflamaciones de todas o de parte de las estructuras del globo ocular.
- Hemorragias.
- Hipertensión ocular.
- Dolor.
- Deslumbramiento.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, etc.) 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 algunos casos, pudiera ser definitiva. En casos excepcionales, podrían presentarse situaciones atípicas de riesgo (como fotocoagulación directa sobre la zona de máxima visión por un movimiento fortuito del ojo) ocasionadas indirectamente o puestas de manifiesto durante el tratamiento, que obligasen a suspenderlo o modificarlo.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, si bien esta posibilidad es muy poco frecuente o excepcional. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

D/ª:

Fecha:

- He comprendido la naturaleza de la operación que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico oftalmólogo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema, no existiendo contraindicación para su realización.
- He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.
- He informado al médico oftalmólogo de mis enfermedades generales y oculares, para la valoración de las posibles contraindicaciones.
- Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los cuidados médicos.
- Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en su caso se aplique.
- Soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial:

Así pues, de forma voluntaria, **doy mi consentimiento:**

- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención.
- Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas.
- Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos. Nunca se identificará el nombre del paciente o sus familiares en las grabaciones.
- Para que pueda asistir personal autorizado a la cirugía.
- Para que, en caso de que exista un contacto accidental (pinchazo o salpicadura) de mi fluido biológico (sangre, orina, etc) con uno de los profesionales del Centro, se me practique como Medida de Prevención de Riesgos Laborales, una extracción de sangre y una posterior analítica para determinar VIH, Hepatitis B y Hepatitis C.

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE

Dr./Dra.

TUTOR LEGAL o FAMILIAR:

D/ª:

DNI:

FIRMA DEL TUTOR o FAMILIAR