

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL- CDM-166

Cirugía de Pterigion

Rev.01

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

INTRODUCCIÓN

La cirugía de El Pterigion es un crecimiento anormal de la conjuntiva sobre la córnea varía en función de la raza, edad tolerancia, pero en líneas generales cuando invade 2 milímetros de la córnea debe ser extirpado ya con muy buenos resultados.

OBJETIVO

El objetivo de esta cirugía es restaurar la visión de paciente con ella, se pretende lograr una visión útil, siempre que no existan otras patologías oftalmológicas asociadas que lo impidan.

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA DE PTERIGION (En qué consiste)

El Pterigion solo puede ser eliminado mediante cirugía

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

No es posible predecir cuánta visión efectivamente se va a recuperar.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

A partir de ahí, su crecimiento afecta directamente a la visión y esto es mucho más difícil de solucionar. Cuando invade la zona central de la córnea hay que recurrir a un trasplante o técnicas más complejas.

Siempre existe la posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA DE PTERIGION

Tras la intervención, suele haber una inflamación pasajera; esta inflamación puede acompañarse de aumento de la tensión ocular.

RIESGOS POCO FRECUENTES DE LA CIRUGIA DE PTERIGION

La recuperación en el postoperatorio de Pterigion es rápida. El paciente abandonará el quirófano por su propio pie pero con un parche protegiéndole el ojo. Este parche podrá ser retirado en las 24 siguientes horas a la intervención. Puede tener enrojecimiento, el ojo tardará un par de semanas en recuperarse del todo y en eliminar las marcas de la intervención.

Las patologías sistemáticas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

TODOS LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS IMPLICAN UN CIERTO NIVEL DE RIESGO Y COMPLICACIONES COMUNES Y POTENCIALMENTE SERIAS QUE PODRÍAN REQUERIR TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS, TANTO MÉDICOS COMO QUIRÚRGICOS. Atendida las particulares características vitales del paciente, se le informa, que entre otros, además de los comunes, los riesgos que podría sufrir el paciente son los siguientes: Regresión, puede volver a reaparecer en algunas ocasiones, por lo que puede ser re interviniendo nuevamente.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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 previo a la intervención 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 los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL- CDM-166

Cirugía de Pterigion

Rev.01

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Cirugía de Pterigion**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía de Pterigion**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Cirugía de Pterigion** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)