

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-179

Angiofluoresceinografía Ocular

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: _____

OBJETIVO

El objetivo de este examen es poder documentar imágenes que sean de ayuda a su médico tratante para realizar un diagnóstico.

CARACTERÍSTICAS DE LA ANGIOFLUORESCENOGRFÍA OCULAR (En qué consiste)

La Angiofluoresceinografía, es una prueba diagnóstica que se realiza en Oftalmología para ayudar a la interpretación de las patologías del fondo de ojo, es un estudio utilizado tanto para el diagnóstico como para el registro de la evolución de diferentes enfermedades del polo posterior del ojo (retina, coroides, nervio óptico), este estudio también sirve para controlar el resultado de los tratamientos realizados en enfermedades tales como: Retinopatía Diabética, Trombosis de Venas, Enfermedades de Mácula, etc.

Para la realización de la Angiofluoresceinografía se deben dilatar las pupilas del paciente mediante la instilación de tropicamida y fenilefrina, esto lo dejará con mala visión por algunas horas. El examen consiste en la administración de un medio de contraste, fluoresceína sódica, por vía intravenosa (5cc al 10%), dicho colorante será transportado a través del sistema circulatorio hasta llegar al ojo, en este punto se realizará la captura de imágenes del fondo de ojo, con un angiografo retinal, en diferentes tiempos con la finalidad de visualizar y documentar el paso de la fluoresceína a través de la circulación retiniana y coroidea.

La toma de fotografías puede durar entre 10 a 30 minutos dependiendo de la patología, el tiempo total del examen puede ser de hasta dos horas si se incluye la preparación y toma de imágenes tardías.

RIESGOS POTENCIALES DE ANGIOFLUORESCENOGRFÍA OCULAR

Los principales riesgos que presenta el examen son asociados a la inyección de un medio de contraste endovenoso. La fluoresceína sódica puede inducir reacciones de intolerancia graves. Estas reacciones son siempre impredecibles, pero son más frecuentes en pacientes que han experimentado previamente una reacción adversa tras la inyección de fluoresceína (síntomas diferentes a náuseas y vómitos), o en pacientes con historia de reacciones alérgicas a alimentos por ejemplo, de urticaria inducida por medicamentos, asma, eccema, rinitis alérgica o asma bronquial. Cada persona puede tener una sensibilidad diferente a este contraste. A continuación se enlistan las reacciones adversas que se podrían presentar.

REACCIONES LEVES: Este tipo de reacción está caracterizada por tener un efecto transitorio que no requiere tratamiento y tiene una resolución rápida y completa sin secuelas, incluyen: prurito, enrojecimiento facial, estornudos, náuseas, cefalea, rush cutáneo o vómitos. (Ocurren en 5 de cada 100 estudios)

REACCIONES MODERADAS: Este tipo de reacción también es definida por tener un efecto transitorio, con este tipo de complicaciones se puede requerir algún tipo de tratamiento médico, tiene resolución gradual, incluyen: Urticaria, síncope, erupciones en la piel, tromboflebitis (inflamación u obstrucción de la vena del brazo), pirexia, necrosis de la zona de inyección, extravasación, parálisis nerviosas, taquicardia o hipotensión leves. (Ocurren en 3 de cada 200 estudios)

REACCIONES SEVERAS: Este tipo de reacciones tienen efectos más prolongados que requieren de intenso tratamiento, también implican una amenaza para la seguridad del paciente ya que pueden resultar en recuperaciones variables o incompletas, estas reacciones tienen que ver con el sistema respiratorio, cardiaco y neurológico e incluyen:

Respiratorias: broncoespasmo (episodio tipo ataque de asma); Edema Laríngeo (dificultad severa para respirar). Cardiacas: Estado de shock circulatorio; Infarto de miocardio (corazón); Paro Cardíaco.

Neurológicas: Crisis de convulsiones. (Ocurren en 1 cada 2.000 estudios)

CONTRAINDICACIONES:

Pacientes embarazadas o con sospecha de embarazo deben comunicarlo al personal a cargo.

Pacientes con insuficiencia renal, hipertensión arterial o diabetes insulino-dependiente debe comunicarlo al personal a cargo.

Pacientes con Hipersensibilidad a la fluoresceína sódica.

ADVERTENCIAS:

Es fundamental que responda la encuesta de angiofluoresceinografía con seguridad y sinceridad.

Antes de abandonar el servicio de oftalmología debe permanecer unos minutos en caso de que pudiese aparecer alguna reacción adversa.

- La aparición de cualquiera de estas reacciones será manejada en HCVM en forma inmediata”
- Los gastos que deriven de esta atención, como cualquier malestar derivado de la administración del medio contraste, no están incluidos en el costo normal del examen.”

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-179

Angiofluoresceinografía Ocular

Rev.01

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Si no se realiza este procedimiento, dificultará el diagnóstico y el posterior tratamiento de su patología. 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. 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 una **Angiofluoresceinografía Ocular**.
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Angiofluoresceinografía Ocular**.

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 **Angiofluoresceinografía Ocular** 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)

REVOCAACION:

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)