

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
Cirugía Inyección Avastin

FL-CDM-154

Rev. 00

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

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, RUT _____
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Si su patología responde al tratamiento, comprobará como poco a poco mejora su visión.

EN QUE CONSISTE LA CIRUGÍA INYECCION AVASTIN

La técnica a la que usted va a someterse se denomina inyección intravítrea de Avastin y se emplea como medicación única en edema (inflamación) macular diabético o edema macular secundario a oclusiones venosas de la retina, uveítis o edema macular postquirúrgico.

Esta inyección intravítrea también se emplea como:

-Medicación complementaria a la terapia fotodinámica en el caso de neovascularización coroidea secundaria en la miopía patológica (DMAE),

-Adyuvante quirúrgico en el pelado de la hialoides posterior, membranas epirretinianas y visualización del vítreo. Todos ellos partes y componentes del ojo.

De forma habitual, se realiza en el ambiente estéril de quirófano, y con anestésica tópica (con gotas). El médico le colocará paños quirúrgicos, un blefarostato (aparato para mantener el ojo abierto) y después le inyectará la medicación, pudiendo sentir una discreta molestia durante la inyección, durante unos días observará "moscas volantes" (es el medicamento dentro del ojo).

RIESGOS DE LA CIRUGÍA INYECCION AVASTIN

RIESGOS FRECUENTES.

La hemorragia conjuntival o subconjuntival suele ser intrascendente y no requiere tratamiento especial.

La hipertensión ocular, que se controla en la mayoría de los casos con tratamiento médico hipotensor aunque a veces es necesario recurrir a la cirugía filtrante.

Las cataratas.

RIESGOS POCO FRECUENTES.

Las endoftalmitis infecciosas (infección muy grave del ojo) son sin duda alguna la complicación más grave y su incidencia disminuye mucho cuando se extreman las condiciones de asepsia.

Obstrucción de la arteria central de la retina y pérdida irreparable de la visión. Pseudoendofthalmitis: se trata de un proceso inflamatorio y que cede con tratamiento adecuado. Hemovítreo, desgarros retinianos y desprendimiento de retina (que pudieran necesitar tratamiento quirúrgico posterior).

Traumatismo del cristalino/catarata aguda.


RIESGOS EN FUNCIÓN DEL PACIENTE.

Las patologías sistémicas 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 informan, que entre otros, además de los comunes, los riesgos que podría sufrir el paciente son los siguientes

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Si la cirugía no se realiza el tejido continuará progresando con disminución de la agudeza visual.

FORMULARIO PARA REGISTRO		
 <p>HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA Cirugía Inyección Avastin	FL-CDM-154
		Rev. 00

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 nombre.

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 **CIRUGIA INYECCION AVASTIN**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CIRUGIA INYECCION AVASTIN**.

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

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

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, RUT _____
(Nombre y dos apellidos del Re presentante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia a la **CIRUGIA INYECCION AVASTIN** 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 y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACION:

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

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, RUT _____
(Nombre y dos apellidos del Re presentante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

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

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

Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____