

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía de Pterigion

FL-CDM-166

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: _____

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.

EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DE PTERIGION

El Pterigiun 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 FRECUENTES DE LA CIRUGIA 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

FORMULARIO PARA REGISTRO		
 <p>HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Cirugía de Pterigion</p>	FL-CDM-166
		Rev. 00

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 mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre

No autorizo

Y en tales condiciones:

DECLARO:
Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a una **CIRUGIA DE PTERIGION**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **CIRUGIA DE PTERIGION**.

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 **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 y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION:

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)

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 _____