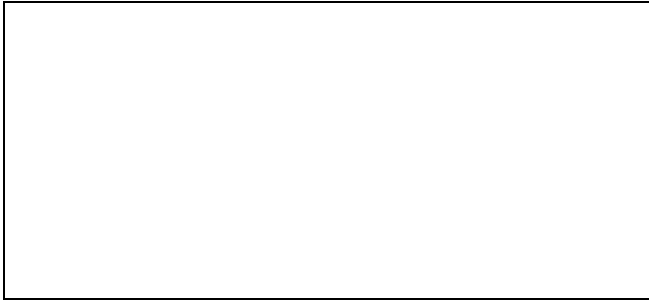


DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE LA CONJUNTIVOCHÁLISIS¹



D./Dña.:.....de.....años de edad
(Nombre y dos apellidos)
con domicilio eny D.N.I.nº.....
en calidad de.....de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO:

Que el/la Doctor/a D./Dña:.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico DE LA CONJUNTIVOCHÁLISIS.

1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de pliegues anómalos y redundantes de la conjuntiva.

2.-El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, local con o sin sedación.

3.- CONSIDERACIONES GENERALES la conjuntivochálisis es la relajación de la conjuntiva bulbar capaz de crear pliegues conjuntivales sobre el reborde palpebral inferior. Se procede al tratamiento quirúrgico cuando estos pliegues producen síntomas (hemorragia, lagrimeo, visión borrosa, sensación de cuerpo extraño ,infección, irritación etc). Las técnicas descritas son múltiples consistiendo básicamente en la extirpación, cauterización o fijación de una parte de la conjuntiva. En ocasiones también se puede actuar sobre el párpado con estiramientos e incluso el uso de injertos de membrana amniótica. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

4.- RIESGOS/ COMPLICACIONES Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: hematoma conjuntival palpebral y/o facial que pueden durar hasta 2-3 semanas, infección, simbléfaron (unión anómala de la conjuntiva), cicatrices o anomalías en la posición del párpado, pérdida del injerto, ojo seco, lagrimeo . El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden requerir una nueva intervención correctora.

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

Hay otros riesgos o complicaciones derivados de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico , coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de uno por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones)

5.- El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o de cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos y complicaciones como

.....

Por las características propias de mi proceso, estado oftalmológico previo y las relacionadas con mi calidad de piel, tiempo de evolución, causa del proceso u otras enfermedades o cirugías previas o intercurrentes puede aumentar la frecuencia de riesgos como.....

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

6- ALTERNATIVAS El médico me ha explicado que pueden existir otras alternativas que no sean la quirúrgica como la aplicación de lubricantes y antiinflamatorios tópicos aunque con menor eficacia resolutoria.

7- DECLARO Que he comprendido la información recibida en un lenguaje claro y sencillo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas

Que la cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización., siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio, existiendo la posibilidad de fracaso .Que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento

Que se me ha ofrecido una copia de este documento

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

8- AUTORIZO : a que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares.

A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado.

A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Y en tales condiciones

CONSENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA CONJUNTIVOCHÁLISIS

Ena.....de.....2

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña..... de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de paciente / representante legal, familiar o allegado

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Ena.....de.....2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal, familiar o allegado