

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE TUMOR ORBITARIO.¹

D./Dña.:.....de.....años
de edad 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 TUMOR ORBITARIO.

1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de tumor orbitario.

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

3.- CONSIDERACIONES GENERALES: Existe una gran variedad de tumores orbitarios tanto desde el punto de vista de su origen como de su naturaleza (benignos, malignos). En la mayoría de los casos el tratamiento es quirúrgico, si bien en casos excepcionales, pueden ser tratados con otros tratamientos como quimioterapia, radioterapia, observación...

Existen casos en que sólo se precisa tomar una biopsia del tumor sin extirparlo, puesto que por su naturaleza, puede ser tratado con quimio o radioterapia. Para ello el cirujano debe de introducirse en la órbita. La vía de abordaje dependerá de la situación del tumor por lo que puede ser transconjuntival, transpalpebral o incluso coronal. En casos excepcionales, puede ser necesaria la colaboración con otros especialistas como otorrinolaringólogos, maxilofaciales, neurocirujanos...

También sé que cabe la posibilidad 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 palpebral y/o facial que pueden durar hasta 2-3 semanas, infección de la herida, poco frecuente y se suele tratar con antibióticos orales y/o intravenosos, edema de conjuntiva (quemosis), que suele ceder espontáneamente, cicatriz, depende de la capacidad de cicatrización que usted tenga y de la localización y tamaño de la lesión, hematoma orbitario, se produce por sangrado de algún vaso orbitario durante la cirugía. Si es de pequeña intensidad, no precisa medidas importantes pero si es grave precisa reintervención y drenaje del hematoma, porque puede provocar compresión del nervio óptico y pérdida de la visión, a veces irre recuperable, visión doble (diplopia), puede producirse por lesión de los músculos que mueven el ojo. Puede ser pasajera o permanente. En este caso, puede requerir una intervención de estrabismo (de los músculos del ojo), pérdida de agudeza visual, puede producirse por sangrado orbitario o por lesión de pequeños vasos (arterias ciliares) en la porción posterior del globo ocular. 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

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

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.....

6- ALTERNATIVAS El médico me ha explicado que no existe alternativa que no sea la quirúrgica.

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 de la cirugía.

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 DEL TUMOR ORBITARIO así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica

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

Fdo.:El/la Médico
allegado

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o

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