

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA DE RETINA.

Ciudad y fecha:/...../20.....

1. Yo, habiéndoseme explicado detalladamente, en términos claros y sencillos, las razones, objetivos, alcances, características y beneficios esperados de la cirugía, por el presente autorizo al **Dr./a.....** y a su equipo quirúrgico a realizar una intervención quirúrgica conocida como CIRUGIA DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA en ojo, la cuál se llevará a cabo en

2. He sido informado/a acerca de:

2.1. La retina es una membrana fina, transparente, que recubre por dentro las paredes del globo ocular y funciona como una película fotográfica. El desprendimiento de retina es la separación de la misma de la pared del ojo. La mayoría de los desprendimientos de retina (DR) están causados por la presencia de uno o varios desgarros o agujeros retinianos, o a la retracción del cuerpo vítreo (líquido gelatinoso que rellena el interior del ojo), a un crecimiento anormal del ojo (algunas veces debido a miopía), una inflamación o un traumatismo.

2.2. La cirugía del desprendimiento de retina tiene como objetivo intentar volver a ubicar a la retina en su lugar. El cirujano, según las características de cada caso en particular, decide si efectúa la intervención "desde afuera del ojo" (cirugía convencional), desde "adentro del ojo" (vitrectomía), o bien si combinará ambas técnicas. En este caso se practicará.....

.....También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento debido a hallazgos o complicaciones intraoperatorias, todo a fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

2.3. Con las técnicas quirúrgicas actuales, aproximadamente el 90% de los desprendimientos de retina pueden ser reaplicados, conservando cierto grado de visión y evitando la ceguera. Sin embargo, el grado de visión final (12 meses después de cirugía con éxito) dependerá de varios factores, no pudiendo en definitiva saberse qué visión va a alcanzar el ojo, pudiendo quedar con menos visión que antes de la cirugía o incluso perder la visión del ojo operado. Todo paciente que va a ser operado de la retina debe saber que la pérdida definitiva de la visión del ojo es una posibilidad que existe en mayor grado que en otras cirugías oculares. En general, se recobrará menos visión cuando la retina haya estado desprendida durante un largo período de tiempo, o bien exista crecimiento fibroso en la superficie de la retina.

Firma del paciente o representante

Aproximadamente el 40% de los desprendimientos de retina tratados con éxito alcanzan una visión buena. El resto pueden alcanzar grados variables de visión que puede ser útil tanto para la lectura como para la deambulaci3n. Una sola intervenci3n puede no ser suficiente para lograr la curaci3n, quedando la retina desprendida al d3a siguiente o apareciendo un nuevo desprendimiento durante las primeras semanas o meses. El pron3stico empeora cuantas m3s intervenciones sean necesarias para controlar la enfermedad. Si la retina no puede reaplicarse con la cirug3a, el ojo continuar3 perdiendo visi3n, pudiendo acabar ciego. Similar evoluci3n sufrir3 el ojo en caso de que no sea operado un desprendimiento de retina con indicaci3n quir3rgica.

2.4. A pesar de la adecuada elecci3n de la t3cnica y de su correcta ejecuci3n, pueden presentarse complicaciones o efectos adversos inevitables, derivados de la situaci3n vital del paciente (diabetes, cardiopat3a, hipertensi3n, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.), como as3 tambi3n propios de toda intervenci3n en general, y en particular de este tipo de cirug3a, los cuales pueden no solo producir perdida de la visi3n del ojo operado, sino tambi3n afectar a otros 3rganos y sistemas.

2.4.1. Las complicaciones o efectos adversos que pueden presentarse relativas o con posterioridad a la cirug3a de retina son las descritas por la bibliograf3a m3dica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunci3ndose a continuaci3n, a t3tulo ejemplificativo, las siguientes: endoftalmitis (infecci3n dentro del ojo), inflamaci3n intensa acompa3ada de fuertes dolores, con atrofia del ojo, aumento de la presi3n ocular, ojo ciego y doloroso, hemorragias, nuevos desprendimientos, desarrollo de una catarata.

2.5. No existen alternativas a la cirug3a indicada.

3. Soy consciente que la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operaci3n, no me han sido garantizado la obtenci3n del mismo.
4. Estoy en conocimiento de que en la cirug3a se utilizar3 anestesia..... Se me han informado adem3s los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anest3sico.-
5. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (seg3n modificaci3n introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "S3 o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realizaci3n del procedimiento propuesto alguna complicaci3n o da3o que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quir3rgico, de hidrataci3n, alimentaci3n, de reanimaci3n artificial o medidas de soporte vital cuando 3stas sean extraordinarias o desproporcionadas en relaci3n a la perspectiva de mejor3a, o produzcan como 3nico efecto la prolongaci3n en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona
6. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evoluci3n de la intervenci3n realizada, cumpliendo fielmente los controles y cuidados pos operatorias que el m3dico me ha explicado y proporcionado por escrito, como as3 tambi3n tener en cuenta las pautas de alarma que tambi3n me han sido precisadas por el mismo medio, todo hasta que posea el alta m3dica definitiva; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicaci3n o cambio que apareciera en la evoluci3n normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brind3 sobre el particular.
7. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes cl3nico-quir3rgicos referentes a mi estado previo de salud, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.
8. Autorizo la exhibici3n y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia cl3nica a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicar3 la cirug3a, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo m3dico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con inter3s en evaluar los alcances de la atenci3n m3dica o param3dica que se me haya prestado.

Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

9. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
10. He leído este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente: Documento:

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: (2) Firma:

Aclaración: Aclaración:

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: