

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA DE TRASPLANTE DE CORNEA.

Ciudad y Fecha:/...../20.....-

1. Yo, con diagnóstico de, luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los alcances y riesgos de mi patología, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, por el presente autorizo al Dr./a y a su equipo quirúrgico, a realizar una intervención conocida como INJERTO DE CORNEA en ojo, la cuál se llevará a cabo en
2. Se me han explicado los riesgos de la cirugía. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente informados:
 - 2.1. El trasplante de cornea se realiza con pacientes cuya disminución significativa de la visión tiene como causa una enfermedad en la cornea. Cuando se producen opacidades sobre la córnea o deformaciones definitivas se realiza un trasplante de córnea.-
 - 2.2. Para realizar un trasplante de córnea se extrae la córnea alterada (patológica) reemplazándola por la córnea transparente de un donante. La anestesia es general. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento o plan quirúrgico, debido a hallazgos intraoperatorios u otras razones, todo a fin de proporcionar un tratamiento más adecuado.-
 - 2.3. Durante los primeros meses posteriores a la cirugía la visión no es buena.
 - 2.4. A pesar de la adecuada elección de la técnica, y de su correcta ejecución, pueden presentarse complicaciones o efectos adversos inevitables, derivados de la situación vital del paciente, como así también propios de toda intervención en general, y en particular de este tipo de cirugía, los cuales pueden no solo producir pérdida de la visión del ojo operado, sino también afectar a otros órganos y sistemas. -
 - 2.4.1. Las complicaciones o efectos adversos que pueden presentarse relativas a la cirugía a realizar son las descritas por la bibliografía médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, a título ejemplificativo, las siguientes: infección, hemorragias, rechazo del injerto, queratitis microbianas, aumento transitorio de la presión ocular; así como las complicaciones propias del procedimiento anestésico. De no adherirse adecuadamente la cornea, puede necesitarse reingresar al quirófano para recolocarse aire. En forma excepcional podrá requerirse un nuevo injerto.-
 - 2.5. No existen alternativas a esta cirugía, ya que no se dispone de otro método para sustituir la cornea afectada, y tampoco hay medicamentos que resuelvan la patología. Lo que sí puede diferir es la técnica a usar en cada operación de trasplante, y ello depende de las características o estadio de la patología del paciente. También se me ha aclarado que de no aceptar el procedimiento propuesto mi enfermedad seguirá su curso, sin posibilidad de recuperar visión en el ojo afectado.
3. Soy consciente que medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizado la obtención del mismo.
4. Estoy en conocimiento que durante el curso de la intervención condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o quien el designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
5. Se me ha especificado que en la cirugía se utilizará anestesia Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-

6. 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 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
7. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada, cumpliendo fielmente los controles y cuidados pos operatorias que el médico me ha explicado y proporcionado por escrito, como así también tener en cuenta las pautas de alarma que también me han sido precisadas por el mismo medio, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-
8. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.-
9. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, 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 médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica 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.-
10. 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.
11. He leído detenidamente 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 lo integran, 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: