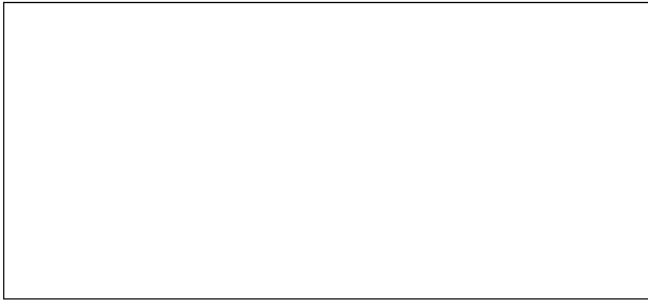


DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL LAGOFTALMOS¹



D./Dña.: de años de edad
(Nombre y dos apellidos)
con domicilio en y 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 DEL LAGOFTALMOS.

1.- Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de imposibilidad de cierre del párpado.

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 El lagofthalmos es la imposibilidad de cerrar completamente el ojo. La causa mas frecuente es la parálisis del nervio facial que inerva el músculo orbicular de los párpados, encargado de cerrar el párpado. También puede producirse lagofthalmos después de haber realizado alguna operación sobre los párpados que haya eliminado tejido o haya producido cicatrices que impidan el cierre, siendo las mas frecuentes la blefaroplastia y la extirpación de tumores palpebrales, lesiones del músculo elevador o del nervio de dicho músculo. El tratamiento, generalmente, consiste en la colocación de una pesa de oro en el párpado superior y/o la recolocación del párpado inferior, tensando su anclaje en el reborde orbitario y, a veces, colocando un injerto o un espaciador que le permita cubrir mejor el globo ocular. Esto puede hacerse colocando un espaciador de material sintético o un injerto del propio paciente, o de un banco de tejidos.

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 que suele requerir toma de antibióticos, cicatrices inestéticas o hipertróficas, hipercorrección o hipocorrección, anormalidades del borde palpebral, en el que pueden aparecer irregularidades o escotaduras. El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden requerir una nueva intervención correctora

En caso de usar tejidos propios del paciente existe el riesgo de complicaciones propias en el lecho donante: cicatrices inestéticas, hematoma, infecciones.

Cuando se utilizan tejidos de banco puede existir la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas (virus, bacterias, priones).

En caso de utilizar material no biológico existen riesgos de intolerancia o infecciones del material extraño, que pueden requerir su retirada. En ocasiones con el implante de pesa de oro se puede alterar la curvatura corneal y desarrollar alteraciones refractivas (astigmatismo, hipermetropía).

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

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

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. Si no se opera, la exposición corneal, puede producir úlceras, infecciones o, incluso, perforación ocular.

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- Destinatarios y finalidades que requieren consentimiento expreso. Le rogamos marcar una de las siguientes opciones: SI () NO () 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

CONSENTIMIENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL LAGOFTALMOS así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica

En a 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.

En a de 2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal, familiar o allegado