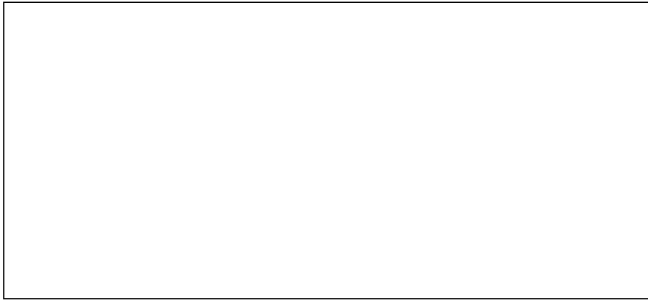


DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON BOLOS DE ESTEROIDES¹



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 CON BOLOS DE ESTEROIDES.

1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de inflamación orbitaria.

2.-El médico me ha advertido que el procedimiento no requiere la administración de anestesia.

3.-CONSIDERACIONES GENERALES. La inflamación orbitaria que tiene diversos orígenes (tiroidea, inmunológica, infecciosa, etc), en sus fases agudas o activas puede ser tratada mediante inyección intravenosa de esteroides a altas dosis con el fin de disminuir o eliminar los síntomas que manifiesta. Este tratamiento puede ser llevado a cabo en días consecutivos o alternos y en régimen hospitalario ambulatorio. El tratamiento puede mantenerse en el tiempo con corticoides orales, en pauta descendente. En ocasiones también se pueden emplear esteroides Depot aplicándolos en la órbita con inyección peribulbar o retrobulbar.

4.- RIESGOS/ COMPLICACIONES Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables: los derivados de la administración de corticoides (úlcera gástrica, hipertensión , aumento de la glucemia y de peso, hirsutismo, que son las más frecuentes así como cataratas, enf. Cushing, descalcificación y otras menos frecuentes).

En caso de inyección de esteroides Depot los riesgos son los derivados de cualquier infiltración en la región periorcular: que en muy baja frecuencia pueden ser infección, celulitis, perforación ocular, hematoma orbitario y pérdida de visión. Y de forma extraordinariamente rara infiltración del nervio óptico con anestesia troncular y posibilidad de fallecimiento.

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

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 pueden existir otras alternativas : entre ellas se encuentra el tratamiento con Inmunosupresores (que se suelen administrar como acompañantes de los esteroides o en casos en que estos últimos estén contraindicados, y que tienen una eficacia similar o algo menor a los esteroides), el tratamiento con Radioterapia orbitaria (que se reserva en casos refractarios a los tratamientos antes descritos o en contraindicaciones a los mismos). Se encuentran en fase de ensayo otros fármacos sobre los que no existe todavía eficacia demostrada.

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

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 del procedimiento 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.

6- 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

CONSENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO CON BOLOS DE ESTEROIDES

Ena.....de2

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña..... deaños 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.....de2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal, familiar o allegado