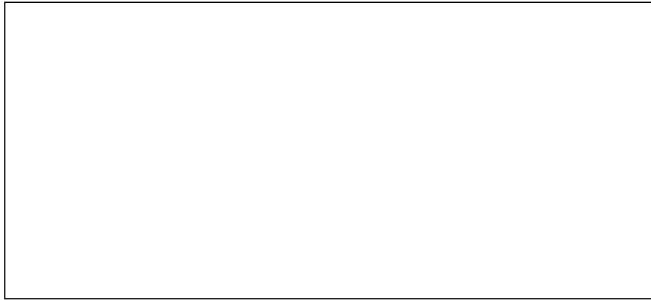


DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FENESTRACIÓN DE VAINAS DEL NERVIÓ ÓPTICO¹



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 :FENESTRACIÓN DE LAS VAINAS DE NERVIÓ ÓPTICO

1.-Mediante este procedimiento se pretende evitar el daño del nervio óptico producido por edema de papila debido a hipertensión intracraneal idiopática (HII)

2.-El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de **anestesia general**.

3.- CONSIDERACIONES GENERALES la HII es una enfermedad de causa desconocida en la que se produce un aumento de presión del líquido cefalorraquídeo, sin ninguna causa neurológica que lo justifique. Esto produce un edema de papila, que si no se corrige puede causar alteraciones en el nervio óptico que produzcan desde pequeñas alteraciones en el campo visual, hasta ceguera.

Haciendo una extirpación de una fragmento de la vaina del nervio óptico de 3x5 mm puede desaparecer la presión que el líquido cefalorraquídeo ejerce sobre el nervio y, por lo tanto, evitarse la lesión del mismo.

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: visión doble, que suele ser transitoria, por lesión del recto interno durante su manipulación, hemorragia intraorbitaria con afectación de la visión mas o menos intensa, según el vaso dañado, asimetrías pupilares por manipulación de los nervios ciliares, que suelen ser transitoria, persistencia del edema de papila, a pesar de una técnica correcta, con el consiguiente fracaso de la cirugía para evitar el daño del nervio óptico.

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, 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

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 , tiempo de evolución, y otras enfermedades o cirugías previas o intercurrentes puede aumentar la frecuencia de riesgos como.....

6- ALTERNATIVAS El médico me ha explicado que, fracasado el tratamiento médico, no existe alternativa que no sea la quirúrgica, aunque puede realizarse otra técnica diferente a la que se le propone hacer, que es la derivación lumboperitoneal, esta es una técnica que realizan los neurocirujanos, que no tiene mas

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

porcentaje de éxitos que la fenestración del nervio óptico y que los riesgos que presenta son mas graves, como por ejemplo, meningitis.

He sido informado de que si no me someto a la cirugía la alteración del nervio óptico, probablemente será progresiva y puedo llegar a perder totalmente la visión.

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

CONSIENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FENESTRACIÓN DE LAS VAINAS DEL NERVIÓ ÓPTICO 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..... 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.

En a de 2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal, familiar o allegado