



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INYECCIÓN INTRAOCULAR DE MEDICACION

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Puede retirar esta autorización cuando lo desee. Firmarlo no lo obliga a usted a hacerse la intervención, sin derivar en consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

1. Constancia de recepción del formulario

En el día de la fecha, he recibido de mi oftalmólogo, Dr., el presente formulario conteniendo información de mi enfermedad ocular, la cirugía que me ha propuesto, sus riesgos y que otras posibilidades de tratamiento tengo.

2. En que consiste y para que sirve.

La técnica a la que se va a someter consiste en la administración de fármacos o gases dentro del ojo, para mejorar la eficacia o porque a veces es la única vía para ser eficaz. Las aplicaciones son variadas dependiendo de las sustancias a inyectar: pueden ser gases que mecánicamente ayudaran a solucionar un desprendimiento de retina, antibióticos en infecciones intraoculares severas, corticoides y sustancias antiangiogénicas en ciertas afecciones retinales, etc. En ocasiones, puede estar también indicada la extracción de muestras intraoculares (humor vítreo y/o Acuoso) para su análisis.

3. Como se realiza.

Se realiza en forma ambulatoria, con anestesia local tópica. Las inyecciones se podrán realizar tanto en el segmento anterior y/o posterior del mismo según el cuadro clínico.

4. Beneficios que se espera obtener.

Que la penetración de determinados fármacos –según su cuadro clínico- puedan alcanzar concentraciones óptimas para el tratamiento de la enfermedad de manera eficaz y dosis suficiente.

Obtener muestras para ayudar en el diagnostico etiológico en los casos de infecciones (para conocer el/los germen/es y averiguar la sensibilidad de los mismos a los antibióticos.

En otros casos, es la mejor forma de lograr el taponamiento de las roturas en la retina. Las consecuencias previsibles de su realización son: aumentar las posibilidades de obtener curación de la infección y/o proceso inflamatorio; la replicación en la retina en los casos de desprendimiento de retina.

5. Otras alternativas disponibles en su caso

En determinadas ocasiones se puede emplear otros tratamientos como ser cirugía (vitrectomía y/o cirugía clásica de retina según cuadro clínico).

Sin embargo se consideran imprescindibles las inyecciones en determinadas patologías previas a estos tratamientos.

6. Riesgos

Cualquier actuación médica tiene riesgos.

Durante la intervención puede notar sensación de deslumbramiento, molestias y presión a ese nivel. Es normal la sensación de cuerpo extraño, el enrojecimiento ocular y visión borrosa. Estas molestias irán mejorando en el correr de los días y siguiendo las indicaciones dadas.

Lo más frecuente: hemorragia subconjuntival, elevación transitoria de la presión ocular (transitorio en la mayoría de los casos, requiriendo tratamiento posterior).

Existen otras complicaciones menos frecuentes pero potencialmente más importantes como ser: hemorragia intraocular, desprendimiento de retina, catarata, infección intraocular (endofalmitis).

A veces se presentan alteraciones generales (crisis vasovagales, hipotensión, taquicardia) que determinan suspender la inyección.

La realización de este procedimiento no asegura que en un futuro se deba recurrir a técnicas más invasivas como ser una cirugía por vitrectomía u otra.

7. Características particulares que presenta su caso

.....
.....
.....
.....

8. Espacio para anotar dudas o preguntas

.....
.....
.....
.....

9. Autorización (consentimiento)

Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su estudio y aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para ser operado/a de mi ojo

..... por el equipo médico constituido por los doctores:

.....

Doy mi consentimiento para que se puedan realizar fotografías y/o grabar un video de la intervención así como su ulterior utilización con fines científicos y/ó exposiciones académicas, preservando en todos los casos mi identidad.

.....

FIRMA DEL PACIENTE

.....

FIRMA DEL TESTIGO

ACLARACIÓN

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

.....