



## **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 desalumbramiento, 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 mas 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 mas invasivas como ser una cirugía por viterctomía 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

.....