

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HIPERLAXITUD PALPEBRAL¹

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 de la **HIPERLAXITUD PALPEBRAL**.

1.-Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de exceso de elasticidad de los tejidos que conforman el 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 síndrome de hiperlaxitud palpebral es una enfermedad caracterizada, como su propio nombre indica, por una excesiva laxitud palpebral y una desinserción parcial del tendón cantal externo, que hace que el músculo orbicular no bombee adecuadamente la lágrima del ojo a la nariz, produciendo lagrimeo. En algunas ocasiones la laxitud es tan intensa, que el párpado llega a evertirse espontáneamente, sobre todo durante el sueño, provocando irritación conjuntival, y úlceras corneales. El tratamiento inicial consiste en oclusión nocturna y lubricación ocular. Si no responde a este tratamiento debe procederse a la corrección de la hiperlaxitud mediante un acortamiento de los párpados afectados, y/o a una reposición del tendón cantal externo en el reborde orbitario.

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, anomalías del borde palpebral, en el que pueden aparecer irregularidades o escotaduras, ptosis (caída) del párpado, daño de la glándula lagrimal (que puede conllevar ojo seco), anomalías en la posición de las pestañas.

El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden requerir una nueva intervención correctora.

Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su e 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 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.

¹ Ley General de Sanidad Art. 10

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. En la gran mayoría de los pacientes no existe peligro si no se opera, salvo el inconveniente del lagrimeo e irritación ocular. No obstante, en algunos casos pueden producirse úlceras corneales, que pueden llegar a comprometer 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- 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 QUIRÚRGICO DE LA HIPERLAXITUD PALPEBRAL así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica
Ena.....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.

Ena.....de.....2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal,familiar o allegado