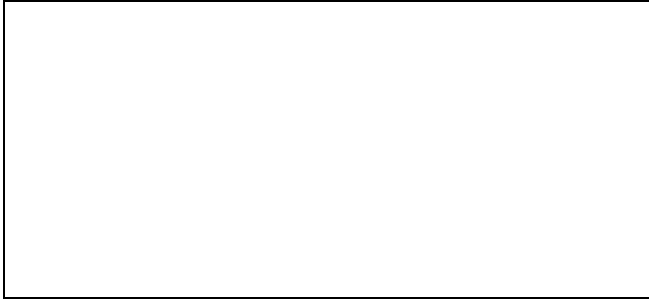


# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL PUNTO LAGRIMAL<sup>1</sup>



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 DEL PUNTO LAGRIMAL.

**1.-**Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro de estrechamiento u oclusión del punto lagrimal.

**2.-**El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, sea local con o sin sedación.

**3.- CONSIDERACIONES GENERALES** Para resolver la situación indicada es preciso una cirugía consistente en una reapertura quirúrgica mediante unos cortes en el punto y canalículo lagrimal aumentando el diámetro del punto. Se pueden colocar o no unos tubitos de plástico durante unos días para evitar su cierre precoz. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

**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 puede requerir toma de antibióticos, simbléfaron (unión anómala de la conjuntiva) y reacción cicatricial que vuelva a obstruir el punto que se ha abierto. 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 extensión, que 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, 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 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 RAZONABLES.** El médico me ha explicado que pueden existir otras alternativas que no sean la quirúrgica como la dilatación del punto aunque con menor porcentaje de éxito.

<sup>1</sup> 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 de la cirugía 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.

**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.

### CONSIENTO

**QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PUNTO LAGRIMAL así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica**

En .....a.....de.....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 enfermo / 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.....de 2.....

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte.legal, familiar o allegado