

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DACRICISTORRINOSTOMÍA EXTERNA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente..... Edad:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que la obstrucción crónica de las vías lagrimales es un impedimento al drenaje normal que sufre la lagrimeación, viéndose ésta obligada a gotear y caer por los párpados.
- También el saco lagrimal así obstruido puede sufrir infecciones crónicas que, en ocasiones, puede llevar a la formación de un absceso con aparición de una fístula a través de la piel que cubre el saco lagrimal.
- El tratamiento definitivo consiste en realizar una dacriocistorrinostomía.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que este procedimiento es una cirugía programada que consiste en crear una alternativa para lograr el drenaje de la lágrima a través de un orificio hecho en el hueso de la nariz.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado. Puede asociarse a una operación sobre los cornetes nasales cuando estos participan en la obstrucción nasal.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- 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 toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Como otros específicos del procedimiento, que pueden ser: 1. Persistencia del lagrimeo, aproximadamente en un 5%. 2. Hemorragias severas. 3. Infecciones graves. 4. Formación de una cicatriz antiestética.
- Estas últimas complicaciones se presentan en un porcentaje muy bajo.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a). Sr(a).
 RUT. RUT.
 Firma: Firma:

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:
 Firma:
 Fecha:

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:
 Firma:
 Fecha: