

**CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA DEL GLAUCOMA.**

Ciudad y Fecha: ...../...../20.....

1. Yo....., habiéndome explicado detalladamente, en términos claros y sencillos, las razones, objetivos, alcances, características y beneficios esperados de la cirugía, por el presente autorizo al **Dr./a** ..... y a su equipo quirúrgico a realizar una intervención quirúrgica conocida como CIRUGIA DEL GLAUCOMA en ojo ....., la cuál se llevará a cabo en .....
2. He sido informado/a acerca de:
  - 2.1. El glaucoma es una enfermedad generalmente silenciosa y crónica, en la que el aumento de presión del ojo causa una destrucción irreversible del nervio óptico, con la consiguiente disminución del campo visual y, finalmente, la pérdida de la visión. La presión del ojo depende de un líquido llamado humor acuoso, que se produce dentro del ojo, circula en su parte anterior y sale al exterior del ojo hacia la circulación general. La dificultad en esa salida aumenta la presión ocular. Y si la obstrucción para su salida es importante, y se instala rápidamente, el cuadro es de glaucoma agudo, en el que la presión asciende a cifras muy altas, produce mucho dolor, ojo rojo y disminución de la visión.
  - 2.2. El tratamiento actual de esta enfermedad consiste en disminuir la presión ocular por medio de: medicamentos administrados en forma de colirios que se aplican en el ojo, medicamentos por vía oral y como opción intermedia antes de decidir operar: trabeculoplastia con Láser-Argón. Todos no exentos de efectos secundarios. Finalmente la cirugía propuesta es precisamente otra alternativa terapéutica, con sus diversas técnicas (trabeculectomía, iridectomía, o implante valvular). La anestesia habitualmente es local mediante una inyección en los tejidos que rodean al ojo, o gotas, aunque en definitiva será la que indique el médico. En ciertos casos está indicada la anestesia general. En la cirugía es necesario colocar puntos para cerrar la herida quirúrgica y la conjuntiva. También cabe la posibilidad de que durante la intervención haya que realizar modificaciones del procedimiento o plan quirúrgico, debido a hallazgos intraoperatorios u otras razones, todo a fin de proporcionar un tratamiento más adecuado.
  - 2.3. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta ejecución, pueden presentarse complicaciones o efectos adversos inevitables, derivados de la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), como así también propios de toda intervención en general, y en particular de este tipo de cirugía, los cuales dependen en gran medida del tipo de glaucoma y de su estado evolutivo, pudiendo producir no solo la pérdida de la visión, sino también afectar a otros órganos y sistemas.
    - 2.3.1. Los riesgos, complicaciones, y resultados adversos que pueden presentarse relativos a la cirugía a realizar son las descritas por la bibliografía médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, a título ejemplificativo, las siguientes: fracaso del drenaje del humor acuoso, hemorragia intraocular, aumento agudo de la presión ocular, presión ocular baja, atalamia, infección dentro del ojo, hemorragia expulsiva, catarata, atrofia del globo ocular, inflamación crónica, desplazamiento de pupila, visión doble; así como las complicaciones propias del procedimiento anestésico.
    - 2.3.2. Se me ha explicado que la gran mayoría de las complicaciones pueden ser resueltas durante la cirugía, o bien después de la misma, mediante medicación o una nueva cirugía (en ciertas ocasiones de urgencia).
3. Soy consciente que la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizado la obtención del mismo. En relación a ello declaro conocer el estadio actual de mi enfermedad, sabiendo que lo que se busca con la cirugía es evitar su progresión. Asimismo se me ha explicado que en ciertas ocasiones no es posible disminuir la presión ocular con una sola intervención, resultando necesario realizar otras operaciones o añadir tratamiento medicamentoso.

4. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada, cumpliendo fielmente los controles y cuidados pos operatorias que el médico me ha explicado y proporcionado por escrito, como así también tener en cuenta las pautas de alarma que también me han sido precisadas por el mismo medio, todo hasta que posea el alta médica definitiva; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
5. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.
6. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
7. Autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
8. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
9. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

**Firma del paciente:** ..... **Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que lo integran, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....