

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO		SERVICIO DE
1	<b>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) ECTROPION (Operación para acercar el párpado al globo ocular)</b>	
<p>Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.</p> <p><b>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.</b> Le atenderemos con mucho gusto.</p> <p>(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.</p>		
1.1	<b>LO QUE USTED DEBE SABER:</b>	
<p><b>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:</b></p> <p>Ectropion es un trastorno caracterizado por la separación entre el párpado y el globo ocular que puede dejar expuesto el ojo en diferentes grados, lo que ocasiona irritación ocular crónica (lagrimeo, enrojecimiento y mucosidad) y sequedad de la cornea con la posible aparición de úlceras. Las causas pueden ser múltiples: tumores, intervenciones previas, envejecimiento, parálisis facial, etc. Casi siempre el párpado afectado es el inferior.</p> <p>La intervención a la que usted va a someterse tiene como objetivo restaurar la posición normal del párpado para que cumpla su función. Sirve para evitar las molestias de tener el ojo expuesto y desprotegido, mejorando la función y el aspecto.</p>		
<p><b>CÓMO SE REALIZA:</b></p> <p>El ectropion de los párpados se corrige la mayoría de las veces con una intervención quirúrgica bajo anestesia local, anestesia local con sedación o bien anestesia general. Para ello, el cirujano puede utilizar o combinar varias técnicas, según su preferencia y gravedad de la anomalía a corregir. Los casos más complejos de ectropion por cicatrices o tumores, pueden precisar de la utilización de distintos colgajos o injertos.</p>		
<p><b>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</b></p> <p>Lagrimeo y sensación de tirantez los primeros días... y dependiendo de la técnica empleada será necesario retirar o no suturas de la piel.</p>		



<p><b>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:</b></p> <p>En la mejora de las molestias por tener el globo ocular expuesto. Tendrá un mejor aspecto.</p>
<p><b>OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:</b></p> <p>No realizar este tipo de cirugía.</p>

**CENTRO SANITARIO****SERVICIO DE****QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Edema o hematoma palpebral: Muy acentuado en los primeros tres días después de la intervención. Casi siempre se debe a la anestesia local infiltrativa y no suele necesitar tratamiento quirúrgico. Puede existir tensión en el párpado intervenido. Remite en unos días.
- Cicatrización retardada. Existe la posibilidad de apertura de la herida o retraso en la cicatrización.
- Resultado insatisfactorio. Existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía del ectropion. De forma poco frecuente es necesario realizar cirugía adicional para mejorar los resultados.
- Asimetría. Puede existir variación entre los dos lados después de la intervención.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Hemorragia. Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. Si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para detener el sangrado, y / o transfusión de sangre.
- Hematoma: La acumulación de sangre bajo la piel pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.
- Infección. La infección después de la cirugía es muy rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- Lesión de estructuras profundas. Estructuras profundas tales como nervios, conductos lagrimales, vasos sanguíneos y músculos del ojo pueden ser dañados durante el curso de la cirugía, aunque es extremadamente raro. La lesión de estructuras profundas puede ser temporal o permanente.
- Problemas de lagrimeo. Después de una intervención sobre ectropion pueden quedar alteraciones permanentes en el lagrimeo como consecuencia de una malposición del orificio lagrimal inferior, al tensar el párpado. Es raro que ocurra este hecho, y no es enteramente predecible. En ocasiones puede ser necesario una reintervención para corregir esta complicación.
- Ceguera. La ceguera tras una intervención sobre ectropion es extremadamente rara. Sin embargo, puede ser causada por un sangrado interno alrededor del globo ocular durante o después de la cirugía. No puede predecirse la posibilidad de que ocurra este hecho.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

Las personas fumadoras tienen más posibilidades de tener complicaciones en la cicatrización por el

déficit en la circulación.

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

Efectos a largo plazo. Pueden ocurrir alteraciones en el aspecto y función del párpado como resultado del envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, exposición al sol, u otras circunstancias no relacionadas con la cirugía. Puede necesitarse cirugía en un futuro u otros tratamientos para mantener los resultados de una intervención sobre ectropion.

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

<b>CENTRO SANITARIO</b>	<b>SERVICIO DE</b>
<p><b>1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS</b></p> <p>En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.</p>	

<b>CENTRO SANITARIO</b>		<b>SERVICIO DE</b>
<b>2</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
<b>2.1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE</b> (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)	
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE		DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL		DNI / NIE

<b>2.2</b>	<b>PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO</b>		
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA

<b>2.3</b>	<b>CONSENTIMIENTO</b>
<p>Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.</p> <p>NOTA: Márquese con una cruz.</p> <p>En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p>EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)</p> <p>Fdo.: _____ Fdo.: _____</p>	

001530

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
------------------	-------------

<b>2.4   RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN</b>	
Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

<b>2.5   REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO</b>	
Yo, D/Dña. _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

001530