

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. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) PATOLOGÍA TUMORAL ORBITARIA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

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.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) 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.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Existe una gran variedad de tumores orbitarios tanto desde el punto de vista de su origen como de su naturaleza (benignos, malignos). En la mayoría de los casos el tratamiento es quirúrgico, si bien en casos excepcionales, pueden ser tratados con otros tratamientos como quimioterapia, radioterapia, observación...

Existen casos en que sólo se precisa tomar una biopsia del tumor sin extirparlo, puesto que por su naturaleza, puede ser tratado con quimio o radioterapia. Para ello el cirujano debe de introducirse en la órbita. La vía de abordaje dependerá de la situación del tumor por lo que puede ser transconjuntival, transpalpebral o incluso coronal. En casos excepcionales, puede ser necesaria la colaboración con otros especialistas como otorrinolaringólogos, maxilofaciales, neurocirujanos, oncólogos...

CÓMO SE REALIZA:

Ambas intervenciones se realizan con anestesia general aunque en algunos casos seleccionados se pueden realizar con anestesia local.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Dolor en el postoperatorio que suelen tratarse con analgésicos.

Necesidad de mantener un tratamiento local con colirios y pomadas además de un tratamiento general durante el tiempo que le sea indicado.

Necesidad de un seguimiento postoperatorio y consultas.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Dependiendo de la causa por la que se ha realizado la indicación (estética, dolor, tumor).

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

En algunos casos concretos de tumoración benigna, se puede optar por no operar y hacer seguimiento médico.

En su caso:

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:**

Persistencia de molestias (similares a las previas de la intervención) que suelen ceder con tiempo. Hematoma palpebral y/o facial que pueden durar hasta 2-3 semanas, infección de la herida, poco frecuente y se suele tratar con antibióticos orales y/o intravenosos, edema de conjuntiva (quemosis), que suele ceder espontáneamente.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Cicatriz, depende de la capacidad de cicatrización que usted tenga y de la localización y tamaño de la lesión.

Hematoma orbitario, se produce por sangrado de algún vaso orbitario durante la cirugía. Si es de pequeña intensidad, no precisa medidas importantes pero si es grave precisa reintervención y drenaje del hematoma, porque puede provocar compresión del nervio óptico y pérdida de la visión, a veces irrecuperable,

Visión doble (diplopia), puede producirse por lesión de los músculos que mueven el ojo. Puede ser pasajera o permanente. En este caso, puede requerir una intervención de estrabismo (de los músculos del ojo).

Pérdida de agudeza visual, puede producirse por sangrado orbitario o por lesión de pequeños vasos (arterias ciliares) en la porción posterior del globo ocular. 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.

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

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Las patologías sistémicas asociadas como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones intra y postoperatorias.

Las patologías previas del ojo pueden así mismo condicionar el resultado final de la cirugía.

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

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.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(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.)

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

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

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 _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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 _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____
