

**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 (\*) TRABECULOPLASTIA LÁSER**

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:**

La intervención a la que usted va a someterse consiste en aplicar una serie de impactos con láser, para favorecer el drenaje de líquido que rellena el interior del ojo (humor acuoso) hacia el exterior, disminuyendo así la presión intraocular.

Con esta intervención tratamos de favorecer el drenaje del humor acuoso y con ello bajar la presión del ojo, en un intento de detener el deterioro progresivo de visión debido al glaucoma.

**CÓMO SE REALIZA:**

Se realiza con anestesia tópica (gotas) y de manera ambulatoria en la misma consulta de oftalmología.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

Pueden aparecer molestias como fotofobia, enrojecimiento, lagrimeo que remiten con el tiempo y el tratamiento adecuados.

Tras el láser pueden precisarse colirios y ocasionalmente tratamiento general.

Este tratamiento en el mejor de los casos es para conservar la visión, nunca para mejorarla, aunque puede darse el caso de que disminuya o se pierda por efecto de posibles complicaciones.

El tratamiento médico antiglaucomatoso, ha de mantenerse tras la trabeculoplastia, aunque es posible que en algunos casos pueda reducirse o eliminarse.

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Es muy importante saber que la trabeculoplastia no puede devolver la visión perdida por la enfermedad, solo sirve para intentar detener la pérdida visual progresiva que usted está sufriendo. Esta pérdida visual comienza por la visión periférica, y solo en fases muy avanzadas de la enfermedad afecta a la visión central. Por ello, en ocasiones, la persona no es consciente de su pérdida de visión hasta fases avanzadas de la enfermedad. Si el tratamiento con láser no se realiza, el daño en el nervio óptico continuará progresando hasta la pérdida total de la visión, en un tiempo más o menos corto, en función del daño existente en el momento actual y la cifra de presión intraocular (presión más elevada o mayor daño previo, suponen progresión más rápida ).

---

#### **OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Existe un tratamiento médico para el glaucoma (muy posiblemente haya sido utilizado en usted) que consiste en la aplicación de colirios para disminuir la presión intraocular. Cuando estos medicamentos fracasan, es decir, no son capaces de impedir el progreso de la enfermedad, es cuando recurrimos al uso de la energía láser (trabeculoplastia) para intentar controlar la enfermedad. Si el tratamiento médico no ha dado el resultado esperado o ha fracasado en el intento de controlar la presión intraocular, la única opción a la trabeculoplastia sería la cirugía.

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:**  
Lesiones corneales, aumentos pasajeros de la tensión intraocular, inflamaciones y hemorragias intraoculares leves.
- **LOS MÁS GRAVES:**  
Hemorragias intraoculares, aumento crónico tensión ocular que precise tratamiento quirúrgico.  
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:**

---

#### **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. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)  
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

|   |           |
|---|-----------|
| APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE                  | DNI / NIE |
| APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL | DNI / NIE |

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

|                    |       |       |
|--------------------|-------|-------|
| 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 |

2.3 CONSENTIMIENTO

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.

\_\_\_SI \_\_\_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.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI\_\_\_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.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En

a

de

de

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

|                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| 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.: \_\_\_\_\_