

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 (*) ORBITOTOMÍA**

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:**

Orbitotomía quiere decir apertura de la órbita. La órbita es la cavidad del cráneo que contiene la ceja , párpados, globo ocular y nervio óptico, músculos que mueven el ojo, grasa , vasos sanguíneos, nervios y glándula lagrimal .

La intervención a la que usted va a someterse se practica para extraer la totalidad de una masa que crece en la cavidad orbitaria (extirpación de tumores, quistes y otros) para evacuar abscesos o hematomas o para obtener algún fragmento de los mismos. Posteriormente, este fragmento se analiza (biopsia) y ello nos permite precisar cual es la naturaleza de la masa que estudiamos .

CÓMO SE REALIZA:

Existen distintos tipos de orbitotomía: anterior (diferentes formas de entrada a través o por dentro de los párpados) y lateral (a través de la pata de gallo con o sin entrada en la fosa temporal). Cada una de ellas se utiliza, según el tamaño, localización y naturaleza de las distintas masas orbitarias. La mayoría se practican bajo anestesia general, con un tiempo medio de ingreso de uno a tres o cuatro días.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

A veces es necesario dejar un drenaje desde la cavidad orbitaria.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Si se trata de una cirugía exploratoria, su realización, aportará conocimiento sobre la naturaleza de la masa orbitaria que se está estudiando (o la curación en caso de extracción completa).

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

La decisión de practicar uno u otro tipo de orbitotomía depende del tamaño, localización dentro de la órbita y naturaleza de la masa que tratemos ; si se trata de una intervención para extirpar la totalidad de una masa o tan sólo para practicar una biopsia. A menudo la decisión entre una u otra vía de entrada viene marcada por el interés en no dejar cicatrices aparentes pero que al tiempo permita un buen acceso a la zona anatómica de la órbita en cuestión.

Cuando existe un hematoma que pone en peligro la visión, su evacuación es el tratamiento.

Si lo que existe es una infección que no responde al tratamiento antibiótico general, es preciso eliminar la infección para disminuir el riesgo de pérdida de visión.

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:**
Hematoma leve, visión doble transitoria, cicatrices más o menos aparentes
- **LOS MÁS GRAVES:**
Dependen en cada caso de las características y localización de la masa a tratar. Su incidencia por tanto, es muy variable y algunas pueden requerir una intervención urgente. Puede haber infección postoperatoria (celulitis, absceso) , visión doble permanente por parálisis oculomotora (se trata con cirugía de estrabismo), parálisis facial que puede ser definitiva, falta de sensibilidad en la frente o mejilla , hematoma graves, ojo seco, párpado caído (se corrige con cirugía), trastorno de la acomodación y pérdida de visión de importancia variable (por daño en el nervio óptico), hasta la pérdida total e irreversible de la visión en situaciones extremas.
- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Para llevar a cabo la intervención en las mejores condiciones posibles y minimizar la incidencia de complicaciones por sangrado , evite tomar todos los medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico (ASPIRINA , ADIRO , TROMALYT , COULDINA) y todos los antiagregantes plaquetarios en general (PLAVIX , TIKLID , DISGREN , ISCOVER , PERSANTIN , ASASANTIN)

dos semanas antes de la intervención y una después. En el caso de seguir tratamiento con anticoagulantes orales (SINTROM) , recibirá instrucciones específicas acerca de su interrupción.

Si es usted una persona con alto grado de ansiedad, debe comunicarlo durante la consulta previa a la cirugía (así se podrán tomar las medidas adecuadas).

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

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.: _____