

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ANGIOGRAFÍA RETINAL CON FLUORESCEÍNA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO

Existen enfermedades vasculares de la retina en las cuales, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento, es necesaria la realización de una angiografía.

También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

¿En qué consiste Angiografía Retinal con Fluoresceína?

Esta prueba consiste en la administración por vía intravenosa de 10 cc de fluoresceína, para observar y fotografiar su paso por los vasos del ojo, y comprender mejor como es el estado de las venas y arterias de su retina.

Por efecto del colorante aparece a los pocos minutos una tinción amarillenta de la piel, que suele durar menos de 48 horas, hasta su completa eliminación por la orina, que será así mismo de color amarillo, sin que ello represente ninguna complicación para su persona, a no ser la solamente estética y pasajera.

Esta exploración no implica curación o mejoría para su enfermedad. Sin embargo, resulta muy útil para evaluar los posibles tratamientos, si los hubiese, y para poder controlar mejor el estado de sus ojos.

- Para realizar el examen se debe dilatar la pupila de ambos ojos, lo que producirá visión borrosa por varias horas. Es indispensable que el paciente esté acompañado al momento de retirarse.
- Los medicamentos que Ud. toma no deben suspenderse.
- Si usa lentes de contacto, debe retirarlos previo a la instilación de las gotas midriáticas.
- No es necesario el ayuno.
- Es necesario que informe si se encuentra embarazada, pues en estas condiciones el examen no puede ser realizado.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

Cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión de este por los hallazgos encontrados.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- La administración del colorante puede producir algunas reacciones adversas de carácter leve-moderado (1.5%) tanto a nivel local como las comunes a cualquier otra inyección intravenosa (Extravasación del colorante, tromboflebitis, etc.) Como a nivel general (náuseas, vómitos, mareos, urticaria, etc.).

- En muy escaso porcentaje (0.01%) las reacciones adversas son severas, requiriendo tratamiento de urgencia, como convulsiones, edema de la laringe, shock anafiláctico, infarto de miocardio o excepcionalmente, paro cardio-respiratorio (0.001%).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

En su caso particular el lado a intervenir es el siguiente (**marque con una X**):

Ojo derecho

Ojo Izquierdo

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Angiografía Retinal con Fluoresceína**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA ANGIOGRAFÍA RETINAL CON FLUORESCÉINA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)