

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PTOSIS PALPEBRAL**

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 LA INTERVENCIÓN

La Ptosis Palpebral consiste en una caída del párpado. Su origen puede ser congénito (de nacimiento) o puede ser debida a lesión del tendón o del músculo elevador del párpado o del nervio que inerva a dicho músculo. En algunas ocasiones es debida a enfermedades musculares (distrofias, miopatías) o neurológicas.

Existen dos procedimientos distintos para intentar corregir la ptosis:

- a. La resección de la aponeurosis o del músculo elevador, se suele realizar con anestesia local o general según la edad del paciente, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella. Consiste en un acortamiento del músculo elevador del párpado, de manera que tenga más fuerza.
- b. La suspensión del frontal del párpado suele realizarse con anestesia local o general, según la edad del paciente, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella. Consiste en la colocación de unas bandas subcutáneas que se anudan en la frente. Las bandas pueden ser de material artificial biocompatible o, de fascia lata obtenida de la pierna.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

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, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento**:

- Hematoma o edema palpebral. Suele ser transitorio y cura en 10-15 días.
- Infección de la herida. Suele curar con la administración de antibióticos sistémicos.
- Hipercorrección/hipocorrección. En estos casos es necesaria una nueva intervención quirúrgica.
- Lagofthalmos. En ocasiones, después de la intervención se produce sequedad ocular que requiere el uso de lágrimas artificiales.

- En la mayoría de los casos es transitorio. En el caso de utilizar fascia lata procedente de la pierna, queda una cicatriz en el muslo.
- En caso de utilizar material sintético puede existir rechazo tisular, lo cual obligue al retiro de dicho material en una nueva cirugía.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

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

Párpado superior derecho

Párpado superior 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 **Ptosis Palpebral** 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 LAS CIRUGÍAS DE PTOSIS PALPEBRAL, 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)