

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE
TUMORES BASO CELULAR Y OTROS TUMORES DE PÁRPADOS**

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

Los Tumores Basocelulares son tumores malignos y que, por lo tanto, deben ser extirpados quirúrgicamente, ya que otros métodos de tratamiento no han demostrado tanta eficacia como la cirugía. Como todos los tumores malignos, cuando se extirpan deben de extirparse tanto el tumor como un margen de tejido aparentemente sano alrededor del tumor para estar relativamente seguros de que son eliminados. Después de ser extraídos, los márgenes de resección son analizados para comprobar si están limpios o no. En caso de que estos márgenes estén afectados, debe volverse a intervenir para eliminar la lesión. Son lesiones de buen pronóstico.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

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**:

- Edema y hematoma palpebral (suele ser transitoria y cura espontáneamente).
- Infección de la herida (se trata de antibióticos).
- Deformidades del margen palpebral (puede quedar hacia fuera o hacia dentro después de la intervención. Esta situación hace preciso una reintervención para resolver el problema).
- Pérdida de pestañas
- Necesidad de utilizar un párpado diferente del afectado para la obtención de injertos. En ocasiones, es preciso saturar un párpado al otro, 4-6 semanas para la corrección de grandes tumores palpebrales.
- Reintervención (se realiza sobre todo si los márgenes estudiados están afectados).

– Recidiva del tumor, esto es que vuelva a aparecer en la misma ubicación u otra distinta a la original.

Los riesgos derivados de la intervención dependen fundamentalmente del tamaño del tumor. Cuanto más grande sea, mayor cantidad de tejido hay que eliminar, por lo cual, la reconstrucción posterior del defecto que queda después de su eliminación es más difícil.

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

Ojo derecho

Párpado superior

Ojo Izquierdo

Párpado Inferior

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 **Cirugía de Tumores Baso Celular y Otros Tumores de Párpados** 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 CIRUGÍA DE TUMORES BASO CELULAR Y OTROS TUMORES DE PÁRPADOS, 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)