

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
RESECCIÓN DE TUMOR ORBITARIO O BIOPSIA OPERATORIA**

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

El propósito del procedimiento a realizar consiste en lograr la resección completa o parcial de la lesión para realizar estudios histopatológicos que determinen las características de dicha lesión.

¿En qué Consiste?

La manipulación quirúrgica en un espacio pequeño y complejo como es la cavidad orbitaria, puede causar pérdida de la visión debido a alteraciones vasculares o mecánica del nervio óptico.

La sensibilidad periorbitaria, en especial en la región maxilar y bucal puede quedar alterada de manera postoperatoria debido a la manipulación de los nervios sensitivos de dichas zonas, existiendo por lo general una recuperación completa de la sensibilidad en un lapso aproximado de 6 meses.

La manipulación quirúrgica de la órbita puede producir un desbalance en la motilidad ocular, bien sea por efectos mecánicos o por la alteración de la inervación motora de los músculos extraoculares, lo que podría originar la aparición de visión doble en el post-operatorio.

Puede producir una hemorragia intraorbitaria en el postoperatorio y como consecuencia pérdida de visión.

Puede quedar instalado un drenaje que será retirado en el postoperatorio cuando se considere prudente.

Durante la cirugía orbitaria, en caso que se manipulen las estructuras óseas que la componen, se puede producir una disrupción involuntaria del espacio craneal con la consiguiente pérdida de líquido cefalorraquídeo que será reparada intraoperatoriamente, pero que puede ser motivo de una nueva cirugía y ser, muy raramente, causa de una infección del sistema nervioso central.

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:**

- Infecciones postoperatorias
- Hemorragias
- Accidentes quirúrgicos como perforación involuntaria del globo ocular

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.

Durante la cirugía se pueden observar situaciones que no se han detectado previamente o surgir condiciones que requieren la realización de algún procedimiento quirúrgico adicional que no ha sido explicado anteriormente, por lo que los doctores podrían realizar los procedimientos operatorios adicionales que consideren necesarios durante el acto quirúrgico. Igualmente, de que la decisión quirúrgica definitiva puede cambiar y depender, de ser el caso, del resultado de la biopsia intraoperatoria, la cual puede cambiar o confirmar el diagnóstico clínico previamente realizado.

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

Cavidad orbitaria ojo derecho

Cavidad orbitaria 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 **Resección de Tumor Orbitario o Biopsia Operatoria** 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 RESECCIÓN DE TUMOR ORBITARIO O BIOPSIA OPERATORIA, 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)