

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
IMPLANTE DE LENTE FÁQUICO**

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 vicios de refracción son un grupo de enfermedades muy comunes constituidos por la **miopía, astigmatismo e hipermetropía**. Para su corrección quirúrgica se emplean técnicas de cirugía refractiva, dentro de las cuales las técnicas con láser excimer son las más comunes.

Hay pacientes en los cuales la cirugía con láser está contraindicada pudiéndose optar por el implante de **lente intraocular Fáquico**, el cual tiene la ventaja de implantarse preservando el cristalino y por ende la capacidad de acomodación o enfoque. Esto ocurre habitualmente en pacientes jóvenes con altos errores refractivos, córneas muy delgadas u otras situaciones específicas.

¿En qué consiste la cirugía?

Se trata de una cirugía intraocular con microincisión corneal en la que se implanta el lente dentro del ojo por delante del cristalino y según el modelo va por delante o por detrás del iris. Normalmente se realiza con anestesia tópica y es ambulatoria, aunque puede realizarse con anestesia local o general en casos excepcionales, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

Dependiendo del tipo de lente que se va a implantar será necesario en algunos pacientes la realización de iridotomías con Yag laser días antes de la cirugía de implante.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

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:**

Muy graves, aunque muy infrecuentes:

- Infección intraocular y la hemorragia expulsiva

Grave pero infrecuente:

- Desprendimiento de retina

Otras complicaciones incluyen el aumento de presión intraocular durante o después de la cirugía, opacificación del cristalino (catarata) que puede ocurrir incluso años después de la cirugía, error en el cálculo del lente intraocular que requiera o no de una cirugía complementaria para su corrección, cambios de posición del lente, deslumbramiento nocturno, pérdida de la transparencia corneal y pérdida de la agudeza visual.

Las complicaciones son infrecuentes y en la mayoría de los casos se resuelven con tratamiento médico, aunque algunos casos necesitarán de una reintervención.

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

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 **Implante de Lente Fáquico** 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 EL IMPLANTE DE LENTE FÁQUICO, 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)