

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ENTROPIÓN ECTROPIÓN TRIQUIASIS**

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

Esta cirugía se realiza cuando usted padece cualquiera de las siguientes patologías:

ENTROPIÓN:

Es una alteración del párpado que consiste en la tendencia del margen palpebral a dirigirse hacia dentro, hacia el globo ocular. Debe ser intervenido puesto que existe el riesgo de lesión de la córnea por las pestañas.

ECTROPIÓN:

Es una alteración del borde del párpado que consiste en la tendencia del margen palpebral a dirigirse hacia fuera, se despega del globo ocular. Si le produce lagrimeo intenso o irritación ocular importante, debe ser intervenido.

TRIQUIASIS/DISTRIQUIASIS:

La Triquiasis consiste en una alteración del origen de las pestañas, que hacen que se dirijan de manera anómala hacia el globo ocular, produciendo roce con la córnea y, por lo tanto, úlceras corneales.

La Distriquiasis consiste en el nacimiento anómalo de las pestañas, de manera que nacen en una posición más posterior de lo normal, produciendo roce con la córnea.

En su caso, usted padece _____

¿En qué consiste la cirugía?

- **Utilización de injertos:** Para la corrección de ectropión cicatricial y de Triquiasis y Distriquiasis, se precisa el uso de injertos que pueden ser obtenidos de MUCOSA LABIAL (labio), NARIZ (cornete inferior) o CARTÍLAGO AURICULAR (pabellón auricular).
- **Utilización de radiocirugía:** Se utiliza para algunos casos de Triquiasis/Distriquiasis.

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:** Es transitorio y se resuelve espontáneamente.
- **Infección de la herida:** Requiere tratamiento antibiótico.
- **Hipercorrección/hipo corrección:** A veces, la intervención no resuelve la situación totalmente en la primera ocasión, necesitando una reintervención.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo 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

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 Entropión **Ectropión Triquiasis** 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 ENTROPIÓN, ECTROPIÓN, TRIQUIASIS, 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)