



CONSENTIMIENTO INFORMADO INYECCIÓN INTRAVITREA ANTIANGIOGENICOS
LEY 17132/ LEY 26.529 Y MODIFICATORIA. CÓDIGO DE ÉTICA DE LA AMA.

Fecha:

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

ESTADO DE SALUD/ DIAGNOSTICO:

OBSERVACIONES/ ANTECEDENTES:
.....

PROCEDIMIENTO

La aplicación de una inyección en la cavidad vítrea consiste en introducir en el interior del ojo diferentes drogas con fines terapéuticos, en este caso, la droga a utilizar se denomina antiangiogénico por su mecanismo de acción, entre los cuales podemos mencionar los siguientes: Ranibizumab (Lucentis), Aflibercept (Eylea) y el Bevacizumab (Lumiere) o (Avastin) este último considerado una droga “off label”.

La práctica se realiza bajo anestesia tópica previa y luego se procede a colocar la droga antiangiogénica elegida en el interior del globo ocular, pudiendo requerir varias aplicaciones posteriores, acorde a la patología a tratar, la evolución de la enfermedad y el criterio médico.

Autorizo al Dr. y/o equipo quirúrgico que él designe, a efectuar los siguientes procedimientos médicos - quirúrgicos en mi persona.

OBJETIVOS/ BENEFICIOS ESPERADOS

Los antiangiogénicos son utilizados para el tratar las siguientes patologías: Membranas Neovasculares Coroides (MNC) relacionadas con la edad o con miopía elevada, retinopatía diabética proliferativa, retinopatía del prematuro, glaucoma neovascular, pterigion o edema macular crónico, entre otras.

Los beneficios buscados son intentar mejorar la patología de base y/o frenar su progresión, disminuir el edema macular y estabilizar la pérdida de la agudeza visual.

RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

Los riesgos pueden ser: dolor periocular, fluctuación de la visión, edema de partes blandas, hemorragia, visualización de flotantes vítreos, reacciones vasovagales con mareos, hipotensión arterial, taquicardia, alergia a la mediación, desprendimiento de la retina, catarata, presión elevada o reducida del ojo, hemorragia vítrea o retrobulbar, endoftalmitis, pérdida de la visión.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

Fotocoagulación con láser (en algunos casos).

CONSECUENCIAS DE SU NO REALIZACION:

Continuar la evolución o incluso empeorar su patología de base.

Autorizo al equipo médico tratante para efectuar cualquier otro procedimiento terapéutico que a juicio de los nombrados, se estime conveniente; habiéndome explicado y tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados y notificándome expresamente de que tal como se me ha informado, no es posible garantizar el resultado o cura derivados del tratamiento o intervención a la que seré sometido, asumiendo para el caso que se produjeran, las consecuencias emergentes de las eventualidades aludidas. Autorizo a los referidos profesionales a disponer y proveer todo servicio adicional que crean necesario, incluyendo la administración de anestesia y la ejecución de otros procedimientos diagnósticos/ terapéuticos. También autorizo a iconografiar y/o filmar el procedimiento para ser presentado con fines académicos con la debida protección de identidad. Finalmente autorizo a realizar las curaciones y controles necesarios en el período postoperatorio. Habiendo podido aclarar las dudas sobre lo informado, certifico haber entendido los riesgos, las posibilidades de fracaso y las alternativas terapéuticas planteadas.

.....

FIRMA DEL PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL

.....

FIRMA DEL MEDICO

.....

Aclaración

.....

Aclaración