



**SAMOL**

Sociedad Argentina de Médicos Oftalmólogos Legistas

**CONSENTIMIENTO INFORMADO LASER ARGÓN EN RETINOPATIA DIABETICA  
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 Diabetes Mellitus es una enfermedad sistémica que produce en la retina alteraciones de la microvasculatura retinal denominada Retinopatía Diabética, con serias e irreversibles alteraciones orgánicas y visuales.

La Retinopatía Diabética puede ser Proliferativa o No Proliferativa.

La técnica de Fotocoagulación con Láser de Argón se utiliza para intentar frenar la Retinopatía Diabética, a través de disparos de laser que impactan en la retina generando calor local, buscando crear zonas isquémicas en la retina y cerrando la presencia patológica de los neovasos retinianos.

El procedimiento se realiza con anestesia local y es ambulatorio.

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

**OBJETIVOS/ BENEFICIOS ESPERADOS**

Generar zonas isquémicas de retina para evitar la formación de nuevos neovasos y secar los ya existentes y cerrar los microaneurismas retinales, preservando la zona de retina central conocida como mácula, cuya afección genera una grave disminución de la visión.

**RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:**

Dolor; Irritación; Ojo rojo; Desgarro de retina; Hemorragia; Catarata; Disminución de la visión; Inflamación retinal; Desprendimiento de retina; Pérdida del campo visual; Uveítis; Neovascularización coroidea; Edema macular; Lesiones en la córnea; Aumento de la presión intraocular; Lesiones en el iris; Disminución del campo visual; Ceguera.

**TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:**

Fotocoagulación con Láser Diodo. Inyecciones intravitreas de Antiangiogénicos. Vitrectomía.

**CONSECUENCIAS DE SU NO REALIZACION:**

Continuar o 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**