



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCTUM PLUG
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 enfermedad o síndrome de ojo seco, hace referencia a una alteración de la superficie ocular, esto es, córnea, conjuntiva, glándulas de meibomio, párpados e inervación, con la consecuente alteración de la lagrimeación.

El **Punctum Plug** es un pequeño dispositivo médico que se inserta en el conducto lagrimal superior y/o inferior de los ojos, para disminuir el drenaje de las lágrimas, aumentando la cantidad de las mismas, durante el tiempo que el Punctum Plug esté activo, optimizando la lubricación de la superficie ocular; también existen los **Punctum Plug** perforados para dilatar el punto lagrimal y permitir el paso de la lágrima.

Existen **Punctum Plug** de diferente material y pueden ser de carácter permanente o transitorio, los cuales se utilizarán acorde al criterio médico y pueden reemplazarse en caso de pérdida o expulsión de los mismos, siendo el procedimiento realizado bajo anestesia tópica y en forma ambulatoria.

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

OBJETIVOS/ BENEFICIOS ESPERADOS

Optimizar la superficie ocular y disminuir los síntomas y signos del ojo seco acuodeficiente a través de la oclusión de uno o varios puntos lagrimales de uno o de ambos ojos.

RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

Expulsión y/o pérdida del Punctum Plug, ojo rojo, lagrimeo, queratitis, ulcera de córnea, dolor, infección, hemorragia, lipotimia, reintervenciones.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

Lágrimas artificiales, oclusión térmica de los puntos lagrimales.

CONSECUENCIAS DE SU NO REALIZACION:

Continuar o empeorar su Síndrome de Ojo Seco.

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

.....

Aclaración

.....

FIRMA DEL MEDICO

.....

Aclaración