



SAMOL

Sociedad Argentina de Médicos Oftalmólogos Legistas

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LASER YAG
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:

El Láser Yag tiene como propiedad la de fotodisrupción de diferentes tejidos oculares, atravesando diferentes estructuras internas del ojo sin afectarlas, mediante pulsos de energía.

Dentro de los procedimientos que un oftalmólogo puede realizar con el Yag Laser, podemos citar los siguientes: capsulotomía posterior y/o anterior, iridectomía de iris periférica, hialoideotomía anterior, vitreólisis anterior, coreoplastias, sinequiolisis, remoción de restos corticales en cámara anterior, limpieza de crecimientos epiteliales.

El procedimiento se realiza con anestesia tópica 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:

Intentar restablecer la funcionalidad normal del órgano afectado, ya sea para mejorar la visión como capsulotomía posterior y/o anterior, hialoideotomía anterior, vitreólisis anterior, coreoplastias, remoción de restos corticales en cámara anterior, limpieza de crecimientos epiteliales, o para mejorar la funcionalidad o comunicación como iridectomía de iris periférica, sinequiolisis y para el tratamiento del glaucoma agudo.

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; Ceguera.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

Cirugía.

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

.....

Aclaración

.....

FIRMA DEL MEDICO

.....

Aclaración