**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**INFORMADO ESCRITO**

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)**  FECHA DE NACIMIENTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)** |

|  |
| --- |
| PROCEDIMIENTO, INTERVENCION QUIRURGICA O TRATAMIENTO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(NO utilizar ABREVIATURAS)** |

|  |
| --- |
| HIPOTESIS DIAGNOSTICA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(NO utilizar ABREVIATURAS)** |

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO PERIOCULAR CON TOXINA BOTULINICA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información**. Le atenderemos con mucho gusto.

**LO QUE USTED DEBE SABER**

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE:

La toxina botulínica es producida por el Clostridium Botulinum (una especie de bacteria) y es utilizada en medicina.

En la oftalmología la toxina se utiliza en el tratamiento de algunos tipos de estrabismo, en el blefaroespasmo (contracciones involuntarias de los párpados) y otras patologías. Alivia el dolor facial y paraliza los músculos.

CÓMO SE REALIZA

La toxina se administra en pequeñas inyecciones repetidas y a bajas dosis para relajar el músculo, bloqueando su respuesta a los estímulos nerviosos que recibe. Esto da como resultado una relajación de la zona tratada, lo que es de contrastada efectividad en algunas patologías.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

La toxina es un fármaco, por lo que su efecto es temporal, a pesar de muy efectivo. Produce el efecto deseado en más del 90% de pacientes, iniciando su acción a los 4 ó 5 días después de su inyección. Su acción tiene un máximo de efectividad a las dos semanas, y persiste en el tiempo entre cuatro y seis meses, tras los cuales debe ser reinyectada.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En el caso de pacientes con blefaroespasmo o patologías similares, se produce una excesiva contracción de la musculatura periocular (alrededor del ojo), por lo que la toxina actúa provocando la desaparición de los molestos espasmos de párpados y frente que tanto les molestan.

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Las complicaciones de la inyección de toxina botulínica son mínimas, muy poco frecuentes y, en todo caso, como su efecto, temporales.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Entre ellas cabe destacar, sólo en algunos pacientes, un ligero enrojecimiento de la zona tratada, o pequeños hematomas e hinchazón. Si existe una difusión no deseada de la toxina hacia zonas más profundas puede existir ptosis (caída) del párpado o de la ceja, aunque éstas son complicaciones que se observan en un porcentaje prácticamente despreciable y son, en todo caso, reversibles.

• LOS MÁS GRAVES:

Reacciones alérgicas locales o sistémicas

Oclusión parcial o total (reversible) de los ojos porducto de la parálisis de los músculos frontales o periorbitarios

Ojo seco

Lagrimeo

OTROS MOTIVOS POR LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

* A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
* Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del /de la apoderada(o).

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

|  |
| --- |
| **En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**  Apoderado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma paciente o apoderado Firma del Médico

**========================================================================================**

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

|  |
| --- |
| **En caso de DENEGACION O REVOCACION**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Firma Paciente o Apoderado Firma Médico |