

Consentimiento informado medico-terapeutico para cirugía de glaucoma

Por medio de la presente autorizo al **Dr. Juan Roberto Sampaolesi**, a efectuar cirugía de glaucoma (Trabeculectomia, trabeculotomia, Esclerectomia Profunda No Perforante, Iridociclotrabeculectomia, Facotrabeculectomia con implante de LIO, Facoescclerectomia con implante de LIO, Iridociclotrabeculectomia, Ciclocrioterapia, o _____, con aplicación de antimetabolitos, [tache lo que no corresponda] en mi ojo O.D./ O.I., [tache lo que no corresponda]. La misma se realizara bajo anestesia local (topica o subtenoniana) o general según las necesidades. Por este medio faculto a dicho profesional y equipo medico, a realizar cualquier tipo de cambio en el tratamiento medicoquirurgico que ellos consideren apropiado para lograr los resultados durante el acto quirurgico.

Entiendo que la cirugía tiene como **fin regular la presion intraocular** y en el caso de cirugía de glaucoma unicamente, **preservar la vision actual** sin mejorarla. Se me ha explicado que el éxito quirurgico reportado es del 85 %, con un 10 % de posibilidad de necesitar terapeutica medica adicional, y el 5 % de posibilidad de necesitar una reintervención quirurgica. Que **existe la posibilidad de complicaciones intra y postquirurgicas**, siendo las mas frecuentes: la hipertension ocular, hipotension ocular, edema macular, atalamia, hipotalamia, desprendimiento corioideo, hipema, y seidel, y las mas graves, y menos frecuentes, el glaucoma maligno, la endoftalmitis y la hemorragia expulsiva, las ultimas dos con perdida total e irrecuperable de la vision del ojo afectado.

Comprendo que ante estas cirugías debido a la atropinizacion postquirurgica tendre la **vision borrosa por el termino de dos o tres semanas**, y que existe la posibilidad de tener que realizar masajes oculares, needling, aplicación de antimetabolitos o laser con el fin de lograr el correcto funcionamiento de las mismas. En el caso de las esclerectomias, se me ha comunicado que en el 50 % de los casos es necesario realizar goniopuntura con YAG laser. Certifico tambien que junto a la presente se me han entregado las **instrucciones pre y post quirurgicas** que contienen los cuidados y restricciones que debo cumplimentar en dichos periodos, incluyendo la administración de drogas y medicamentos durante el pre y el postquirurgico. Entiendo que el no cumplimiento de estas normas, como asi tambien la no concurrencia en las fechas indicadas pueden desencadenar en complicaciones, y en la no obtención de los resultados esperados.

Por medio de la presente autorizo al Dr. Juan R. Sampaolesi y su equipo quirurgico a realizar el antedicho procedimiento quirurgico y doy fe de haber comprendido perfectamente lo antepuesto:

Observaciones especiales:

Firma del paciente: x_____ Aclaracion: x_____

Firma del testigo 1: x_____ Aclaracion: x_____

Firma del testigo 2: x_____ Aclaracion: x_____