



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DERMOEXFOLIACIÓN PALPEBRAL
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 lagrime. El ojo seco puede ser de tipo acuodeficiente o evaporativo, siendo en esta última variedad donde se utiliza la **DERMOEXFOLIACIÓN PALPEBRAL o BLEPHEX**.

La **DERMOEXFOLIACIÓN PALPEBRAL o BLEPHEX** es un procedimiento local con un equipo manual, que se realiza bajo anestesia tópica, que consiste en realizar una microdermoexfoliación del borde de los párpados alterados en la enfermedad de ojo seco evaporativo o en las blefaritis, y se aplica según criterio médico, pudiendo requerir varias aplicaciones futuras.

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 evaporativo y/o blefaritis, a través de una microdermoexfoliación del borde de los párpados alterados en el ojo seco evaporativo y/o blefaritis, buscando aumentar el componente lipídico de la lagrime y mejorar el biofilm, para evitar de esta forma, la evaporación de la lagrime.

RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

Inflamación, dolor, hemorragia, queratitis, ulcera corneal, laceración palpebral, infección,

persistencia o empeoramiento de la patología de base, lipotimia, reintervenciones.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

Limpieza manual del borde de los párpados.

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