



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCIÓN DE GLÁNDULAS DE MEIBOMIO
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 lagrima.

El ojo seco puede ser de tipo acuodeficiente o evaporativo, siendo en esta última variedad donde se aplica la **Punción de Glándulas de Meibomio**.

Es un procedimiento quirúrgico que se realiza bajo anestesia tópica, que consiste en desobstruir los conductos obstruidos de las glándulas de meibomio superiores y/o inferiores, según criterio médico, pudiendo requerir varias desobstrucciones 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, a través de la desobstrucción quirúrgica de los conductos obstruidos de las glándulas de meibomio, buscando aumentar el componente lipídico de la lagrima, para evitar de esta forma, la evaporación de la lagrima.

RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

Inflamación, dolor, hemorragia, cicatrización anómala, infección, persistencia o empeoramiento de la patología de base, lipotimia, reintervenciones.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

Expresión manual de las glándulas de meibomio.

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