



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA TÉRMICA 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.

La **TERAPIA TÉRMICA PALPEBRAL (iLux o Lipiflow)** es un procedimiento que se realiza bajo anestesia tópica y consiste en la aplicación de calor local en los párpados de uno o ambos ojos, con derretimiento del meibum y expresión mecánica.

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 aplicación de calor local en los párpados de uno o de ambos ojos, con expresión mecánica.

RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

Eritema, quemadura de piel local, ojo rojo, lagrimeo, queratitis, uveítis, ulcera de córnea, dolor, infección, hemorragia, lipotimia, reintervenciones.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

Luz Pulsada Intensa (IPL).

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