



SAMOL

Sociedad Argentina de Médicos Oftalmólogos Legistas

**CONSENTIMIENTO INFORMADO LASER ARGÓN EN RETINOPATIA DIABETICA
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 Diabetes Mellitus es una enfermedad sistémica que produce en la retina alteraciones de la microvasculatura retinal denominada Retinopatía Diabética, con serias e irreversibles alteraciones orgánicas y visuales.

La Retinopatía Diabética puede ser Proliferativa o No Proliferativa.

La técnica de Fotocoagulación con Láser de Argón se utiliza para intentar frenar la Retinopatía Diabética, a través de disparos de laser que impactan en la retina generando calor local, buscando crear zonas isquémicas en la retina y cerrando la presencia patológica de los neovasos retinianos.

El procedimiento se realiza con anestesia local y es ambulatorio.

Autorizo al Dr. y/o equipo quirúrgico que él designe, a efectuar los siguientes procedimientos médicos - quirúrgicos en mi persona.

OBJETIVOS/ BENEFICIOS ESPERADOS

Generar zonas isquémicas de retina para evitar la formación de nuevos neovasos y secar los ya existentes y cerrar los microaneurismas retinales, preservando la zona de retina central conocida como mácula, cuya afección genera una grave disminución de la visión.

RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

Dolor; Irritación; Ojo rojo; Desgarro de retina; Hemorragia; Catarata; Disminución de la visión; Inflamación retinal; Desprendimiento de retina; Pérdida del campo visual; Uveítis; Neovascularización coroidea; Edema macular; Lesiones en la córnea; Aumento de la presión intraocular; Lesiones en el iris; Disminución del campo visual; Ceguera.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

Fotocoagulación con Láser Diodo. Inyecciones intravitreas de Antiangiogénicos. Vitrectomía.

CONSECUENCIAS DE SU NO REALIZACION:

Continuar o empeorar su patología de base.

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