



**SAMOL**

Sociedad Argentina de Médicos Oftalmólogos Legistas

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LÁSER ARGÓN EN LESIONES RETINALES  
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**

Existen diferentes tipos de lesiones retinales que de no tratarse pueden producir lesiones permanentes e irreversibles en la agudeza visual, como lo son los agujeros de retina, los desgarros de retina y las degeneraciones retinales.

La técnica de Fotocoagulación con Láser de Argón se utiliza para intentar sellar las lesiones retinales, evitando su progresión hacia un desprendimiento de retina, a través de disparos de laser que impactan en la retina, generando calor local y una cicatriz retinal.

El procedimiento se realiza con anestesia tópica 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 de cicatrización retinal local, para evitar la progresión de las lesiones retinales hacia un desprendimiento de retina.

**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; Ceguera.

**TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:**

Fotocoagulación con Láser Diodo.

**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**