



**SAMOL**

Sociedad Argentina de Médicos Oftalmólogos Legistas

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VITRECTOMÍA**

**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**

Consiste en una cirugía que extrae el humor vítreo alterado y puede reemplazarse o no, por diferentes compuestos, como gas, suero o aceite de silicona.

El procedimiento se puede realizar bajo anestesia local o general o sedación, siendo ambulatorio en la mayoría de los casos, pudiendo requerir internación o recuperación.

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

**OBJETIVOS/ BENEFICIOS ESPERADOS**

El objetivo es extraer o remover y/o reemplazar el vítreo enfermo, con el fin de tratar la patología de base: desprendimiento de retina, desgarro de retina, membrana vítreo retinal, retinopatía proliferativa, hemorragia vítrea, enfermedades vasculares, maculopatías proliferativas, agujero macular, infecciones intraoculares, complicaciones de cirugías del segmento anterior, .....

El beneficio que se busca es intentar restablecer la funcionalidad de la retina o evitar la progresión de la enfermedad de base, con el fin de conservar o evitar la pérdida de la agudeza visual, pudiendo requerir intervenciones futuras.

**RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:**

Dolor, alteración de la visión, hemorragia, ptosis palpebral, aumento de presión intraocular, infección, catarata, desprendimiento de retina, descompensación corneal, neuropatía, glaucoma maligno, pthisis, ceguera.

**TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:**

No existen tratamientos alternativos a la cirugía de 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**