

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE TUMOR ORBITARIO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en extirpar, reducir de tamaño o tomar una biopsia, según el caso, de un tumor orbitario, es decir, un tumor que se encuentra en la cavidad formada por huesos que contienen el ojo, los músculos, el nervio óptico, vasos, etc. Estos tumores pueden ser benignos o malignos.

Se realiza accediendo a la órbita por diferentes vías (orbitotomía) según la ubicación del tumor.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Esta intervención se hace con anestesia local, con sedación o con anestesia general. En casos excepcionales, puede ser necesaria la colaboración con otros especialistas como otorrinolaringólogos, cirujanos maxilofaciales o neurocirujanos.

La finalidad de esta intervención es, según el caso, extirpación completa del tumor, reducción del tamaño del tumor y/o conseguir muestras para el diagnóstico de la tumoración.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes en los días siguientes:

- Edema, hematoma del párpado y/o facial, así como en la conjuntiva.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Infección de la herida quirúrgica.
- Cicatrización anómala, tanto en la piel de los párpados como en los tejidos profundos.
- Dehiscencia (apertura) de la herida y/o cicatrización retardada.
- De forma excepcional, disminución de visión transitoria o irreversible por daño isquémico al nervio óptico, causado por un sangrado o hematoma interno durante o después de la cirugía.
- Lesión de otras estructuras profundas, tales como nervios, glándulas o conductos lagrimales, vasos sanguíneos y músculos del ojo que pueden ser temporales o permanentes.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (*señalar lo que proceda*)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE TUMOR ORBITARIO"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: