

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE EXENTERACIÓN ORBITARIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en extirpar la totalidad de las estructuras alojadas en la órbita (caverna hueca de hueso que aloja al ojo, sus elementos de movilidad, vasos sanguíneos, nervios y grasa). Tras la cicatrización de la operación se podrá colocar una prótesis externa que simule el ojo y los tejidos vecinos, que puede combinarse también con el empleo de gafas simuladoras especiales.

Esta operación se realiza con anestesia general.

La finalidad de la cirugía es la eliminación de tumores agresivos o que han adquirido una extensión que compromete la mayor parte de las estructuras de la órbita. Se espera conseguir la desaparición del tumor y la conservación de la vida del paciente.

En esta intervención suelen colaborar varias especialidades médicas y se suele requerir tratamiento complementario (radioterapia, quimioterapia, nuevas intervenciones, etc.) dependiendo de la evolución y el tipo de tumor.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Hemorragias locales durante o después de la intervención.
- Infecciones del lecho quirúrgico.
- Dolor postoperatorio o persistente que puede requerir medicación.
- Necesidad de reintervenciones.
- Imposibilidad de lograr la extirpación total del tumor.
- Propagación de infección hacia el sistema nervioso central, que puede ser de carácter fatal.
- 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)*

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> 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 EXENTERACIÓN ORBITARIA"

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./D^a. , 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: