

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL BLEFAROSPASMO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El blefarospasmo es una enfermedad que produce contracciones involuntarias e incontroladas de los párpados. Pueden ser frecuentes e invalidantes, ya que los ojos se cierran en estas contracciones y el paciente pierde la visión durante las mismas.

La cirugía del blefarospasmo consiste en extirpar el músculo orbicular, que es el músculo que se encarga de cerrar los párpados y produce el blefarospasmo, a través de una incisión en la piel.

La intervención se realiza con anestesia local, con o sin sedación y en casos excepcionales puede estar indicada la anestesia general.

La finalidad de la técnica es resolver el problema de cierre involuntario de los ojos que impide la visión.

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:

- Hematoma o edema transitorio en párpados o cara.
- Infección de la herida.
- Lagoftalmos (imposibilidad de cierre del párpado) que produce una sequedad ocular relativa que suele ser transitoria.
- Cicatrización anómala en las zonas de la incisión.
- 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

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica de cirugía es:

- Inyecciones repetidas de toxina botulínica.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DEL BLEFAROSPASMO"

Yo, D./Dª. , como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
	Col. Nº:
DNI/NIE o pasaporte:	Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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

Firma del representante legal: