



POLICLINICA GIPUZKOA

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA FOTOCOAGULACION MEDIANTE LASER DE ARGON

En cumplimiento del Artículo 10 de la Ley General de Sanidad (25 de Abril de 1986), y por recomendación explícita del Colegio de Médicos de Guipúzcoa, le ofrecemos por escrito y de manera comprensible, el documento de consentimiento informado con la descripción de las características y posibles complicaciones de la Fotocoagulación mediante láser de Argón.

Yo: \$nom\_pat, mayor de edad, con

D.N.I.: \$dni\_pat, libremente y bajo mi total responsabilidad

### DECLARO

Que he sido informado exhaustivamente por el/la \$Medi\_acte, del contenido, problemática y riesgos que conlleva el tratamiento de Fotocoagulación mediante utilización del aparato Láser de Argón, realizado en uno o en los dos ojos, con número ilimitado de disparo en cada sesión.

Que conozco los posibles riesgos directos que implica la aplicación de dicha terapia, tales como inflamación (iritis, vitreitis), hemorragias, hipertensionesoculares entre otros, que pueden causar una disminución total o parcial transitoria de la visión, que en casos excepcionales pudiera ser definitiva.

Que he sido informado que después de la aplicación del tratamiento, se produce una situación de deslumbramiento con pérdida de visión en mayor o menor cuantía, precisando efectuar reposo durante 24 a 48 horas, posteriores a la sesión.

Que he sido informado igualmente de que en casos excepcionales podrían presentarse situaciones atípicas de riesgo ocasionadas indirectamente o puestos de manifiesto durante el tratamiento.

También he sido informado de que el hecho de someterse al tratamiento y su consecuente aplicación no implica forzosamente la curación o mejora de mi afección particular, no alcanzándose los objetivos previsto o deseables en la totalidad de los casos, lo cual acepto asumiendo por entero las consecuencias anteriormente citadas.

En consecuencia con lo anteriormente expuesto solicita expresamente la aplicación del tratamiento prescrito, asumo la totalidad de los riesgos directos e indirectos que pudieran derivarse de su aplicación y acepto la posibilidad de no lograr los resultados previstos.



POLICLINICA GIPUZKOA

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

Y en conformidad con todo lo anteriormente expuesto, firmo el presente documento.

FIRMADO: Sr/Sra.: \$nom\_pat

DNI: \$dni\_pat

### ADVERTENCIAS:

Después de realizada una sesión de láser de Argón, se deben de tener unas mínimas precauciones.

Para realizar el tratamiento se le han dilatado las pupilas, debido a lo cual vera borroso. Además se hallara deslumbrado en un primer momento por los destellos del láser. Esta situación desaparecerá en 8 – 10 horas. En este periodo de tiempo no se debe conducir y es normal una visión borrosa que podrá prolongarse unos días.

Es aconsejable realizar un ligero período de descanso (siesta , reposo con los ojos cerrados) las primeras dos o tres horas después de la realización del tratamiento.

Es normal una ligera molestia en el ojo tratado en las primeras doce a veinticuatro horas que ira desapareciendo progresivamente. En caso de persistir más de veinticuatro horas póngase en contacto con el Servicio de Urgencias de Policlínica 943.002.800 o con nuestra consulta 943.421851.

Firmado: \$nom\_pat

DNI:

San Sebastián, \$fecha\_acte