



Consentimiento Informado Adaptación de Prótesis Ocular

Fecha _____

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones mas frecuentes que ocurren en la manipulación diaria. El presente texto tiene la intención de explicar cada uno de los problemas frecuentes, se deberá leer en totalidad y procurando resolver cada una de las dudas que surjan, le recordamos que por obligación legal el presente documento se deberá firmar a nombre personal o su representante legal en el caso de que el paciente tenga como diagnostico ceguera legal a lo que procederá a leer en voz alta el documento en compañía del representante legal.

Yo _____ con domicilio en la dirección _____ barrio _____ telefono _____

Autorizo a el/la dr _____ a la adaptación de una prótesis ocular y todo procedimiento que sea necesario (impresión, controles, citas de medidas, utilización de medicamentos y lo que sea necesario para dar feliz termino al procedimiento). Declaro haber sido informado y haber comprendido que el objeto del tratamiento es recuperar la estética y el ojo (s) ausente (s) tras la perdida. (traumática, natural, primaria, secundaria o diagnostico que comprometa la vida)

Limitaciones

Con el tiempo los elementos con los que se fabrica la prótesis y por exposición rutinaria a luz ultravioleta se alteran produciendo cambios en el color del iris, las resinas, los compuestos y además de eso fracturas por manipulación.

Riesgos típicos

- Sensación de cuerpo extraño
- Aumento en la producción de secreción
- Dificultad del cierre palpebral, producido por el espacio que ocupa la prótesis
- Irritación de la cavidad
- Expulsión o depresión del implante
- Algunas veces se percibe opresión o dolor; todas las molestias suelen desaparecer en poco tiempo
- Infecciones a repetición

Riesgos personalizados

Adicional a los riesgos mencionados con antelación se pueden esperar los siguientes

Si el paciente es portador de la prótesis y por alguna razón no mejora la molestia con los fármacos suministrados se deberá remitir a una valoración por oftalmología para solucionar definitivamente el inconveniente y mientras se logra el paciente deberá suspender el uso de la prótesis ocular

El paciente puede experimentar cambios en la cavidad o espacio luego de la adaptación de la prótesis generalmente en usuarios de primera vez y pacientes con enfermedades o tratamientos que afecten la grasa orbitaria o piel (herpes zoster, oftalmopatía tiroidea, diversidad de cáncer, quimioterapia y afines)

Recomendaciones

Para tratar la resequeadad, inflamación del fondo de saco, irritaciones y secreciones de la cavidad se podría emplear ungüentos, lagrimas artificiales pero se libra de responsabilidad profesional si el paciente los usa sin control y los compra a titulo personal sin control y sin receta exclusivamente medica, dependiendo si tiene o no el ojo. (si tiene el ojo debe ser muy cauto con el uso de corticoides y consultar siempre con el profesional de salud visual)

Indicaciones

- Lavar la prótesis mínimo cada 15 días, con solución para lentes de contacto rígidos gas permeable. Realizar la limpieza de la prótesis sin aplicar directamente en la cavidad retire la prótesis y límpiela como se le indica en el consultorio.
- Utilizar a diario lubricante ocular de preferencia en ungüento
- Se debe realizar el primer control a 8 días segundo al mes tercero a los dos meses y el cuarto a los seis meses
- Cuando presente los siguientes signos y síntomas debe acudir inmediatamente a consulta

1: alteraciones en mucosa de la cavidad

2: dolor

3: secreciones abundantes

4: inestabilidad de la prótesis

5: sangrado en la cavidad

6: inflamación de parpados

he leído las instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento que me ha entregado el/la dr _____ y he comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy totalmente de acuerdo con lo consignado en esta formula de consentimiento.

Así mismo entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques por lo que me comprometo a regresar para finalizar la adaptación de la prótesis.

_____ N° _____

Firma del paciente ____

Firma del representante legal o responsable ____

Cedula ____ Registro civil ____ Tarjeta de identidad ____ Cedula de extranjería ____

Firma del profesional

N° registro _____