

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT ESTRABISME I ALTERACIONS DE LA MOBILITAT OCULAR

..... Núm. HC.....  
(nom i cognoms del pacient)  
de.....anys, amb DNI núm. .... i domicili a.....  
.....

..... de ..... anys,  
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)  
amb domicili a ..... i DNI núm. ....  
en qualitat de .....de .....  
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

### DECLARO

Que el doctor/a ..... m'ha explicat que  
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)  
és necessari/convenient en la meva situació intervenir d'ESTRABISME.

### DESCRIPCIÓ DEL PROCEDIMENT DE LA INTERVENCIÓ

Es defineix com a estrabisme la pèrdua del paral·lelisme ocular; en la mirada estràbica hi ha un ull fixador i un altre desviat.

El procediment quirúrgic consisteix a actuar sobre els músculs extraoculars encarregats de la mobilitat ocular. Segon s el tipus i la intensitat de la desviació, s'actuarà sobre un ull o tots dos. Per fer-ho s'ha d'obrir la conjuntiva, procedir a la dissecció muscular, i generalment es retroinsereix per tal de debilitar i s'escurça per tal de reforçar. Això comporta tallar i suturar conjuntiva i múscul.

A vegades es realitza tot en una sola intervenció, però en ocasions es practica una intervenció i, d'acord amb el resultat, es reintervé posteriorment per aconseguir la milloria estructural (estètica) i funcional el més perfecta possible. En ocasions es fa amb anestèsia local (joves i adults), encara que normalment es fa amb anestèsia general (nens).

### OBJECTIUS I BENEFICIS DE LA INTERVENCIÓ QUE S'ESPERA ACONSEGUIR

Finalitat estètica: a qualsevol edat disminuir o suprimir la desviació.

Finalitat funcional: restablir la visió binocular si abans n'hi havia (nens amb estrabisme tardà, adults amb parèsies o paràlisi muscular).

El resultat quirúrgic pot no ser permanent en el temps, sobretot en casos funcionalment de mal pronòstic i en nens durant el creixement.

La cirurgia no modifica la prescripció d'ulleres o una altra indicació del defecte de refracció, si hi

fos. No influeix en la visió monocular, per això la cirurgia mai no es programa per millorar l'agudes visual.

## **RISCOS, MOLÈSTIES I EFECTES SECUNDARIS**

- Riscos generals:
  - Aturada cardiorespiratòria pel mateix procediment o per l'anestèsia. És el més greu.
  - Hemorràgies i infeccions.
  - Malaltia de transmissió sanguínia no detectable per les tècniques utilitzades actualment, en cas que sorgeixi la necessitat de realitzar una transfusió sanguínia o d'administrar hemoderivats.
- Riscos específics:
  - Durant la intervenció: hemorràgia muscular o subconjuntival, perforació escleral o esllavissament muscular.
  - Després de la intervenció: reacció al·lèrgica a la sutura, dehiscència de la sutura, cicatrització conjuntival retràctil, granulomes i quists conjuntivals, queratitis marginals, diplòpia, torticoli, asimetria en l'obertura palpebral, limitació de les duccions i/o hipo o hipercorrecció de la desviació estràbica.  
Més greu seria cel·lulitis orbitària i mortalitat.

L'ull estarà vermell, inflammat i en ocasions dolorós durant uns dies després de la cirurgia.

Les sutures poden originar sensació de cos estrany fins a la seva reabsorció al cap d'unes setmanes.

El metge/la metgessa m'ha explicat que no existeix una alternativa terapèutica eficaç del meu cas.

El Servei d'Anestèsia informará el/la pacient dels riscos derivats de l'anestèsia.

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar

i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que se'm practiqui una intervenció **d'estrabisme**.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, .....de .....de 20.....

El tipus d'ingrés proposat per practicar aquest procediment és:

ingrés convencional

ingrés per CMA

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

### DECLARO

Que el doctor/a.....m'ha explicat que en la meua situació és convenient una....., que té per objecte.....

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per.....

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de ..... de 20.....