CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IRIDOPLASTIA LÁSER NEWEYES

D/Dª._____ en calidad de paciente o de su representante legal, con DNI n.º_____, manifiesto haber sido informado por el Dr/Dra._____ de los siguientes aspectos, en relación al tratamiento láser al que voy a someterme.

A) IRIDOPLASTIA LÁSER NEWEYES:

La iridoplastia con láser es un procedimiento que **consiste** en aplicar impactos de láser sobre la superficie anterior del estroma iridiano; esto produce la eliminación de la capa superficial pigmentada del iris, dejando intactas las subyacentes de menor pigmentación. La capa epitelial posterior pigmentada del iris permanece inalterada.
El **objetivo** de la intervención es la reducción de las capas superficiales pigmentadas del iris y así lograr una apariencia de color más clara de tonalidad verdosa o azulada, con intensidades de diferentes grados dependiendo de cada caso y paciente.

B) RIESGOS Y COMPLICACIONES :

La iridoplastia láser puede conllevar complicaciones que usted debe conocer y aceptar:

• El procedimiento se realiza en la consulta bajo anestesia tópica

• Las complicaciones que pueden producirse son:

- Hemorragia del iris durante el procedimiento.
- Iritis que suele ser transitoria y que puede requerir de antiinflamatorios tópicos para su control.
- Elevación de la presión ocular tras el tratamiento.
- Aparición de sinequias angulares periféricas.
- Atrofia irreversible del iris con midriasis arreactiva a la luz (Síndrome de Urrets-Zavalía), debido a isquemia vascular de tipo reflejo.
- Sensibilidad a la luz.

ADVERTENCIA: El Láser empleado y la técnica de iridoplastia están acreditados desde hace años, pero la nueva aplicación de Neweyes es nueva. Los tratamientos se inician en enero del año 2012 y por lo tanto carecen de la suficiente experiencia.

IMPORTANTE: El tratamiento con Láser Neweyes está contraindicado en pacientes con antecedentes de Glaucoma, Uveítis anteriores y/o posteriores y Enfermedades Autoinmunes del Colágeno, así como Enfermedades Metabólicas Vasculares del tipo de la Diabetes. También está contraindicado en pacientes bajo tratamiento anticoagulante (SINTROM) o antiagregante plaquetario (PLAVIX, AAS, ADIRO).

• Las **consecuencias relevantes para la salud** de este tratamiento son:

Este tratamiento NO afecta a ninguna estructura visual del ojo.

- La iridoplastia láser es un tratamiento útil en los pacientes que deseen aclarar el color de sus iris, pasando de tonalidades oscuras a otras más claras, verdosas o azuladas, pero de forma irreversible.
- No puede garantizarse una efectividad para el 100% de los pacientes. En algunos casos puede quedar un color del iris irregular de forma permanente, o persistir el efecto de aclaramiento tras finalizar el tratamiento.
- Este procedimiento puede tener un efecto limitado en el tiempo, por lo que el paciente puede requerir en este caso la repetición del tratamiento láser, si no existen contraindicaciones manifiestas.

C) RIESGOS PARTICULARES:

_____

_____

_____

• **Puedo revocar este consentimiento** en cualquier momento previo a la intervención.

• Este documento escrito tiene **carácter complementario** a la información esencial recibida verbalmente.

Por lo tanto **DECLARO:**

Que he sido visitado por el Dr , el cual después de haberme atendido, interrogado y explorado me ha comunicado que:

Mi diagnóstico es .....
El tratamiento aconsejable es .....

• Que he sido informado con suficiente anticipación al tratamiento láser como para poder comprender, sopesar y meditar todos los aspectos, pudiendo plantear al médico las dudas o preguntas que he considerado oportunas.

• Que soy plenamente consciente de que me voy a someter a un tratamiento láser, y como tal, no existen garantías absolutas de éxito, asumiendo el riesgo de las eventuales complicaciones inherentes a dicha técnica y de las que he sido convenientemente informado.

• Que he informado al oftalmólogo sobre las enfermedades generales y oculares de las que tengo conocimiento, alergias y medicación que tomo habitualmente, para la valoración de posibles riesgos.

CONSIENTO:

1. Que se me realice el citado procedimiento, así como las maniobras necesarias durante el mismo.
2. Que si mi caso puede ser de utilidad didáctica o científica y a tal fin se toman fotografías o vídeos, autorizo a que sean utilizados para dicha finalidad siempre y cuando se me garantice el más absoluto respeto a mi intimidad y anonimato.
3. La presencia de especialistas en formación y personal autorizado durante la intervención.

Información sobre Protección de datos personales:

En cumplimiento con la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos que sus datos personales serán tratados por CLINICA EYECOS con el fin de prestarles los Servicios de Oftalmología solicitados. Los datos proporcionados se conservarán mientras sea paciente del DR. PEDRO GRIMALDOS RUIZ o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Si desea ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad en los términos establecidos en el Reglamento UE 2016/679 puede hacerlo dirigiéndose por escrito a: info@eyecos.eu

Firma del médico	Firma paciente/representante	Firma testigo
Nº Col.	DNI Nº	DNI Nº

En Barcelona a _____de _____de 2.0___