CENTRO MÉDICO BOSQUES
Ciudad del Mar

Consentimiento Informado
INYECCIÓN AVASTIN® (BEVACIZUMAB)

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Lateralidad:

OJO DERECHO ☐ **OJO IZQUIERDO** ☐ **AMBOS OJOS** ☐

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ **Rut:** _____

Representante legal (si corresponde): _____ **Rut:** _____

Objetivos

Prevenir la pérdida de visión y en algunos casos alcanzar una mejoría de ésta.

Características
Avastín ® (Bevacizumab) inhibe el crecimiento de vasos anómalos retinales, también sirve para disminuir el engrosamiento del espesor macular secundario a diabetes, trombosis, degeneración macular asociada con la edad (DMRE), etc.
Después de dilatar las pupilas y colocar anestesia en colirio, la inyección se realiza directamente al ojo, a través de la esclera (blanco del ojo) y hacia la cavidad ocular situada detrás del cristalino, llamada cámara vítrea; el procedimiento se hace en un lugar donde no pueda dañar las estructuras oculares.
Avastín ® se administra intraocularmente cuando se precise a intervalos a partir de cuatro semanas. Su oftalmólogo le dirá cuándo precisa una nueva inyección y por cuánto tiempo, dependiendo de la efectividad del tratamiento.

Riesgos

La más frecuente y que se presenta en aproximadamente un tercio de los casos es la hemorragia subconjuntival, que es el sangrado de vasos de la conjuntiva al introducir la aguja en ojo y que es banal, reabsorbiéndose espontáneamente en pocos días y sin ninguna repercusión en el ojo.
También puede existir dolor moderado en el sitio de la inyección y visión de cuerpos flotantes los primeros días, que ceden también en forma espontánea. La más temida de las potenciales complicaciones es la endoftalmitis, que se presenta con una frecuencia inferior a una en cuatro mil casos, que significa la infección de las estructuras principales del globo ocular y que puede llevar a la pérdida total de visión en algunos casos.
También se han descritos otras complicaciones que pueden llegar a ser de cuidado y que sin embargo tienen frecuencias inferiores a una en mil inyecciones, tales como desprendimiento de retina, catarata, glaucoma transitorio, lesiones de la retina (desgarros), la mayoría de las cuales se resuelven adecuadamente con un manejo adecuado.
Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.
Declaro comprender las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.
También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **INYECCIÓN AVASTIN.**

_____	_____	_____
Firma Médico	Firma Paciente	Firma Representante Legal