



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15/11/2002), y el Código de Deontología Médica establecen el derecho a la información de los pacientes, siendo preciso su consentimiento previo por escrito para la realización de cualquier intervención de carácter no urgente.

Cuando se trate de MENORES DE EDAD, la Ley 41/2002 en su artículo 9.3c “límites del consentimiento informado y consentimiento por representación”, dice que se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos: Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

El objetivo del presente documento es informarle detalladamente acerca del procedimiento al que su familiar va a ser sometido para que pueda valorar con pleno conocimiento de causa tanto los beneficios que de él pueden obtenerse como sus riesgos y posibles complicaciones.

ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO

Las *lentes de contacto (lentillas)* se emplean para corregir defectos visuales como miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia, como alternativa al uso de gafas o cirugía. No se espera que el defecto mejore, aunque a veces en los niños pudiera tener una evolución más favorable. No se espera que puedan usarse todo el día, ni siquiera toda la jornada laboral, aunque a veces es posible.

Es un procedimiento bastante seguro tanto para el ojo como para el organismo en general. Los riesgos vienen dados por el incumplimiento de las instrucciones de uso y cuidados de las *lentillas* dadas por el responsable sanitario.

Adaptación de las lentillas: El proceso puede ser lento y necesita de un aprendizaje atento por parte del paciente, que deberá respetar escrupulosamente las instrucciones de su médico oftalmólogo. No es posible prever, ni de un modo aproximado, la tolerancia a las *lentillas* en un caso determinado ni la cantidad de horas diarias que podrán ser usadas. Esto deberá realizarse a tanteo según criterio del médico oftalmólogo que realice la adaptación.

Precauciones durante el uso habitual de las lentillas: El uso, una vez terminada la adaptación, exige una limpieza personal, y de las *lentillas* y su utillaje (estuche, etc), y una serie de cuidados durante la manipulación que el paciente debe aprender durante el proceso de adaptación. Debe ponerse en contacto con su médico oftalmólogo con los intervalos que se le señalen y siempre que note molestias o disminución de visión

Riesgos y complicaciones: La compensación de un defecto visual mediante una *lentilla* puede mejorar o empeorar los conflictos de cooperación de los dos ojos entre sí respecto de la situación obtenida con gafas, como alteración de la medida de las distancias, aniseiconia y cefaleas o cansancio visual entre otras. El uso de lentes de contacto no está exento de complicaciones. Las más graves son la úlcera de la córnea complicada o no con infección, y que puede llevar a la pérdida de la visión o del ojo en días, semanas o meses.

Dn/a....., mayor de edad, con D.N.I.Nº.....,
REPRESENTANTE LEGAL de Dn/a.....afecto/a
de....., con D.N.I.Nº.....en su
nombre, hace constar que ha leído y comprendido el presente documento, el médico ha respondido a mis preguntas con total satisfacción de una forma clara y comprensible y, por tanto, **CONSIENTE Y AUTORIZA** a que se le adapten **LENTE DE CONTACTO**. Soy consciente de las limitaciones de la Medicina, de que no existen garantías absolutas para que el resultado del tratamiento sea el más satisfactorio. Acepto la totalidad de los riesgos y consecuencias, tanto generales como específicas, de su caso.

He sido advertido de que, de necesitar alguna explicación o pregunta complementaria, debo hacerlo antes de firmar el siguiente consentimiento.

En _____, a _____ de _____ de 201

REPRESENTANTE LEGAL:

PACIENTE:

MEDICO QUE INFORMA: