

Anexo A. Modelo de Consentimiento Informado. Martín (2005)

D/D^a _____ declara que ha sido informado y ha entendido las indicaciones del uso de lentes de contacto de ortoqueratología, así como de los posibles efectos secundarios derivados de su uso, así como las alternativas a su uso, principalmente gafas o procesos quirúrgicos, por el Óptico Optometrista _____, número de colegiado _____. Entendiendo que su uso permite corregir los defectos de refracción (miopía y astigmatismo) moldeando la curvatura corneal.

Entiendo que he sido informado que las lentes de contacto de ortoqueratología se colocan en la superficie ocular y que en la mayoría de las ocasiones y su uso no provoca daño en el ojo pero que en otras ocasiones ya sea por mal uso o limpieza de las lentes, uso de agua o productos no adecuados, por reacciones oculares adversas o ausencia de revisiones periódicas pueden provocar molestias y complicaciones, en ocasiones graves, como pueden ser:

- Inflamaciones de los párpados (blefaritis), de la conjuntiva (conjuntivitis) o de la córnea (queratitis).
- Úlceras y/o erosiones corneales que pueden provocar cicatrices (leucomas) que pueden disminuir la visión.
- Vascularización de la córnea.
- Infección corneal que pueden provocar excepcionalmente pérdida de visión. La incidencia de infecciones en lentes de contacto semirrígidas es de 1 de cada 10.500 casos.

Por lo que doy mi consentimiento para adaptar lentes de contacto de ortoqueratología siendo consciente de la importancia de su cuidado y limpieza (siguiendo las instrucciones facilitadas), así como las revisiones periódicas para evitar, en la medida de lo posible, los posibles efectos secundarios y complicaciones derivadas de su uso.

Fdo: D/D^a _____ Fdo: D/D^a _____ Óptico Optometrista.

DNI _____ Colegiado n° _____

En _____ a _____ de _____ de 20__.

Renuncia expresa a ser informado / Renuncia del consentimiento.