

CRIBADO DE ENFERMEDADES DE LA RETINA CENTRAL

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

¿En qué consiste un método de cribado?

Se trata de un sistema rápido y sencillo que puede ser realizado a un gran número de personas para detectar enfermedades antes que los pacientes presenten signos o síntomas. Esto permite la rápida gestión e intervención para realizar tratamientos de manera precoz. Suelen ser métodos muy sensibles, aunque poco específicos, es decir, nos indican si existe normalidad o no, pero el diagnóstico definitivo es un oftalmólogo quien debe hacerlo mediante exploraciones convencionales. El cribado está indicado en pacientes sin sintomatología oftalmológica aguda y no controlados habitualmente por oftalmólogo.

¿Qué es una retinografía?

Se trata de una fotografía de la retina o fondo de ojo. Se realiza con cámaras que no requieren dilatar las pupilas.

¿Realizarse una retinografía supone algún riesgo?

No supone ningún riesgo ya que no es necesario poner ningún colirio en el ojo ni ningún tipo de intervención.

¿Qué ventajas me aporta hacerme una retinografía?

Se pueden detectar importantes enfermedades de la retina de forma rápida, cómoda y sencilla. ¿Qué enfermedades se pueden evaluar con la retinografía? La realización de fotografías del fondo de ojo ha demostrado una alta eficacia en la detección de la afectación de la retina por la diabetes. Este sistema ya se utiliza en muchos países para que los pacientes diabéticos se diagnostiquen antes y se puedan tratar mejor. También existen evidencias científicas en el cribado de enfermedades como la degeneración macular asociada a la edad, otras enfermedades vasculares y alteraciones del nervio óptico secundario a glaucoma. El uso de retinografías no reemplaza una visita convencional por un oftalmólogo y no detecta otras enfermedades oculares como el glaucoma, la catarata, las alteraciones de la córnea, los desgarros de la retina y otras enfermedades de la periferia retiniana.

¿Cómo sabré los resultados? ¿Tendré un informe de cribado?

Sí, una vez valoradas las imágenes un oftalmólogo experto en retina emitirá un informe con el resultado que le será entregado por su óptico. En su informe de cribado se le recomendará la actitud a seguir en caso de encontrar cualquier anomalía.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cribado de enfermedades de la retina mediante cámaras no midriáticas

Yo, (Nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre este método de cribado (o screening).

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

He recibido suficiente información sobre el cribado de las enfermedades.

He hablado con(Nombre del óptico/a optometrista)

Comprendo que mi participación es voluntaria y presto mi conformidad para:

- La realización de retinografías (sin dilatación de pupilas), la transmisión de éstas, junto a mi nombre y apellidos, datos demográficos (edad, género), de salud (antecedentes, diabetes, medicación, refracción, presión intraocular, agudeza visual) a la plataforma de OPT RETINA, para que estos puedan ser evaluados de forma anónima* por oftalmólogos especialistas en retina y a la posterior entrega electrónica del correspondiente informe de cribado al óptico/a optometrista, quién ha solicitado el servicio en mi nombre, para que éste me sea entregado a la mayor brevedad posible. (*nombre y apellidos son visibles únicamente por el óptico/a optometrista solicitante del servicio y en la generación del informe descargable para el paciente).
- Que los datos e imágenes anónimas puedan ser utilizadas para fines educativos, estadísticos, para investigación y en publicaciones científicas con el objetivo de poder comunicar la labor de prevención de ceguera del proyecto OPT RETINA.
- De acuerdo al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales le comunicamos que los datos que usted nos facilite quedarán incorporados en el registro interno de actividades de tratamiento, titularidad de con la finalidad de poder elaborar el correspondiente informe optométrico y cribado de patologías de la retina central. La legitimación del tratamiento se encuentra amparada en el contrato suscrito entre las partes, así como en el propio consentimiento informado del interesado. Está prevista la cesión de sus datos, especialmente las imágenes de retina, y usted expresamente así lo autoriza, a la mercantil OPT Retina, S.L. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación contractual y/o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. No está prevista la transferencia internacional de los datos. Asimismo, le informamos de la posibilidad que tiene de ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, bloqueo y oposición de sus datos de carácter personal mediante correo electrónico dirigido a En caso de que sienta vulnerados sus derechos en lo concerniente a la protección de sus datos personales, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente a través de su sitio web: www.aepd.es.

Fecha y Firma del paciente

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Menores)

D./Dña..... mayor de edad, con domicilio en con CI, padre del/la menor
Y D./Dña. mayor de edad, con domicilio en con CI, madre del/la citado/a menor,

DECLARAN:

- Que no se encuentran privados de la patria potestad de su hijo/a menor antes indicado, por lo que la ejercen de manera conjunta.
- Que conforme a lo establecido en el código civil se autorizan mutuamente para firmar este documento de Consentimiento Informado, en representación de su hijo/a menor.
- Que hemos sido debidamente informados de forma clara y comprensible que nuestro hijo/a menor entra a formar parte de un estudio clínico para el estudio de anomalías de retina y nervio óptico, así como valoración de la calidad y agudeza visual en menores.
- Que la información la hemos recibido por FUNDACION RETINA PARAGUAY
- Que estamos satisfechos con la información recibida, que la hemos comprendido, que hemos podido formular todas las preguntas que hemos creído conveniente y nos han sido aclaradas todas nuestras dudas.

En consecuencia, **OTORGAMOS EL CONSENTIMIENTO** para que a nuestro hijo/a menor, le sea realizado el estudio de fondo de ojo y mediciones de agudeza visual, graduación y refracción por parte de FUNDACION RETINA PARAGUAY

Fdo: El padre/madre

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Después de ser informado/a de la naturaleza del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN** para su realización.

Fdo: El padre/madre