



Consentimiento Informado Para
Fenestración

Consentimiento Informado Para Fenestración

Consentimiento informado para Fenestración

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:
FENESTRACIÓN.

INFORMACIÓN

Mediante la toracotomía abierta (Fenestración), que consiste en abrir un orificio en la pared torácica para comunicar la cavidad pleural con el exterior y que requiere la resección de uno o más segmentos de costilla, se pretende el drenaje permanente y prolongado del espacio pleural para el control de la infección y de la eventual fuga de aire por fístula entre el bronquio y la pleura. Generalmente se indica cuando no existe otro tratamiento eficaz y adecuado, bien por la naturaleza de la patología, o bien por mi estado general, por lo que no existen alternativas terapéuticas aplicables a mi condición actual. Si no me efectuaran la toracotomía abierta, tendría que continuar con un drenaje permanentemente y se enlentecería el proceso de curación local e incluso podría producirse una sepsis (infección generalizada). Entiendo que quedaré con un orificio en la pared torácica y que requeriré curaciones frecuentes.

A veces es conveniente realizar, bien en el mismo acto, o después de un intervalo de tiempo, el relleno de la cavidad pleural con pedículos musculares procedentes de la musculatura esquelética torácica o abdominal (mioplastias). Con ello se pretende, además de ocupar el espacio pleural vacío, cerrar la eventual fístula broncopleural, comunicación entre el bronquio y la pleura, y que por los pedículos musculares llegue suficiente aporte sanguíneo y, por tanto, lleguen a los focos de infección las defensas anti-infecciosas y los antibióticos. En este caso, la pared torácica quedará cerrada.

El médico me ha advertido que la toracotomía abierta puede requerir la administración de anestesia, y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y hemoderivados, de cuyos riesgos me podrán informar los servicios de anestesia y hematología.

También sé que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos secundarios y complicaciones, tanto las comunes derivadas de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos de la toracotomía abierta, que no está exenta de un cierto riesgo (pequeño) de mortalidad. Las complicaciones más frecuentes, y que a veces requieren reintervenir, son la hemorragia, la infección de la herida y de los segmentos de costilla seccionados. Excepcionalmente puede lesionarse el diafragma y las vísceras infradiafragmáticas.

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de complicaciones como:

.....



He comprendido 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 me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico de **FENESTRACIÓN**.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).