



Consentimiento Informado Para
Realización De Una Miotomía
Esofágica (Esofagomiotomía)

Consentimiento Informado Para Realización De Una Miotomía Esofágica (Esofagomiotomía)

Consentimiento Informado Para Realización De Una Miotomía Esofágica (Esofagomiotomía)

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 para la **REALIZACIÓN DE UNA MIOTOMÍA ESOFÁGICA (ESOFAGOMIOTOMÍA).**

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento, se pretende mejorar mi actual situación de trastornos motores del esófago.

La operación se realiza por toracotomía o por videotoracoscopia y consiste en una incisión a lo largo del esófago sobre las capas musculares externas, conservando la capa mucosa más interna. La longitud de la incisión varía según la necesidad de cada caso. El cirujano además puede realizar, si lo estima oportuno, otras técnicas de antirreflujo Gastroesofágico para paliar el efecto secundario que podría resultar de esta operación.

El médico me informa de que el procedimiento requiere el uso de anestesia general y de que es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los Servicios de Hematología y Anestesiología.

Al finalizar la operación, el médico dejará uno o dos tubos de drenaje en la cavidad pleural durante unos días para facilitar la evacuación del aire y del líquido pleural y para permitir una mejor función respiratoria.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización podrían presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención, que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos.

Poco graves: acumulación de líquido y de aire en la cavidad pleural, extensión de aire al tejido subcutáneo o a otra zona, infección y sangrado de las heridas, dolor prolongado en la zona de la operación, persistencia del colapso pulmonar.

Graves y poco frecuentes: obstrucción y perforación del esófago, infección del mediastino, de la cavidad pleural y del pulmón, hemorragia de los grandes vasos sanguíneos, lesiones de otros órganos mediastínicos e insuficiencia respiratoria. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de muerte.

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.

El médico me ha explicado que en mi caso no existe otro mejor procedimiento para el tratamiento de mi enfermedad.

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 para
REALIZACIÓN DE UNA MIOTOMÍA ESOFÁGICA (ESOFAGOMIOTOMÍA).

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).