



Consentimiento informado para
Tiroidectomía

Consentimiento Informado Para Tiroidectomía

Consentimiento Informado – Cirugía Cabeza y Cuello

Consentimiento informado para Tiroidectomía

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
TIROIDECTOMÍA.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de la glándula, comprometer órganos vecinos y a distancia y/o controlar los niveles hormonales, y extirparla en caso de neoplasia maligna.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o de hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesia.

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación total o parcial de la glándula tiroides según el tipo de enfermedad. El médico me ha advertido que en la mayoría de los casos su extirpación produce una disminución de sus hormonas necesitando tratamiento suplementario indefinido y que el resultado de la biopsia puede modificar el diagnóstico, recomendando en algunos casos una reintervención para extirpar el resto de la glándula.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento adecuado. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos, como otros específicos del procedimiento.

Poco graves y frecuentes: Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento, alteraciones transitorias de la voz, dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: Hematomas importantes del cuello, alteraciones permanentes de la voz, alteraciones permanentes de las paratiroides, recidiva de la enfermedad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamientos médicos (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como:

.....
Aunque puede ser realizable sin su preparación completa.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, 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 riesgos o complicaciones como:

.....

El médico me ha explicado que en caso de alteración hormonal la alternativa sería el tratamiento médico indefinido. En el resto de los casos no existe alternativa terapéutica eficaz, siendo la mejor opción la cirugía.

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: **TIROIDECTOMÍA.**

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).