



Consentimiento Informado Para
Toracotomía Exploradora

Consentimiento Informado Para Toracotomía Exploradora

Consentimiento informado para Toracotomía Exploradora

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:
TORACOTOMÍA EXPLORADORA.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende localizar con mayor exactitud las lesiones intratorácicas y averiguar su alcance para proceder a la reparación y/o a la eventual extirpación de los órganos lesionados no vitales e irreparables. La operación consiste en la incisión y la Apertura del tórax con lo que el médico puede examinar la cavidad pleural, el pulmón y los órganos mediastínicos y tomar las medidas necesarias que, de otra manera, él no podría tomar.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general y la intubación traqueal con un tubo especial con el cual se ventila solo el pulmón sano, y no el lado afectado.

Al finalizar la operación, el médico dejará uno o dos tubos de drenaje en la cavidad pleural durante uno o más días para facilitar la evacuación del aire y líquido pleural y para conseguir que el pulmón vuelva a su situación normal.

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 puedan afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos.

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

Graves y poco frecuentes: infección de la cavidad pleural o del pulmón y hemorragia de grandes vasos sanguíneos. 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.

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 explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, 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:

.....

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:

TORACOTOMÍA EXPLORADORA.

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).