



Consentimiento informado para
Traqueostomía

Versión 3.0

Consentimiento informado para Traqueostomía

Consentimiento informado – Cirugía Cabeza y Cuello

Consentimiento informado para Traqueostomía

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 la **TRAQUEOSTOMÍA**.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende realizar una abertura quirúrgica en la tráquea a través de una incisión en el cuello, en la cual se coloca un tubo (tubo de traqueostomía) para suministrar una vía aérea que permita una ventilación adecuada del paciente con un manejo adecuado de las secreciones de la tráquea, bronquios y pulmones. De igual modo se indica en caso de Ventilación Mecánica prolongada.

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

La técnica consiste en el abordaje de la tráquea con una incisión en el cuello, para mostrar los anillos traqueales cartilagosos duros que forman la pared externa de la tráquea y que finalmente el cirujano corta uno o dos de ellos e inserta el tubo de traqueostomía que se conecta a los tubos de ventilación.

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 o sangrado de herida quirúrgica, dolor prolongado en la zona de la operación, aire en los tejidos circundantes.

Poco frecuentes y graves: lesión de vasos sanguíneos del cuello, embolia gaseosa, neumotórax.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (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 mi caso, la mejor opción es la **TRAQUEOSTOMÍA**.



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: **TRAQUEOSTOMÍA.**

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).