



Video Broncoscopía Rígida

Consentimiento Informado Para Video Broncoscopía Rígida

Video Broncoscopía rígida

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 en mi situación la realización de una intervención quirúrgica para **VIDEO BRONCOSCOPÍA RÍGIDA** (la exploración de la tráquea y bronquios principales)

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende visualizar, explorar y realizar variados procedimientos en la tráquea y bronquios principales. Estos procedimientos pueden ser la toma de biopsias de las paredes o tumores que obstruyen la luz de la vía aérea, manejo de la hemoptisis (sangramiento), colocar endoprótesis en la tráquea y/o bronquios para facilitar la respiración, extracción de cuerpos extraños, dilatación con balones, resección de tumores endotraqueales o de los bronquios utilizando coagulador, argón o láser. Pueden utilizarse medios especiales para coagular como el argón plasma o láser.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere **la administración de anestesia general** y que es posible (excepcionalmente) que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán durante la evaluación por anestesiología.

Se introduce por la boca, se pasan las cuerdas vocales y luego por la tráquea y bronquios principales, el video broncoscopio rígido, instrumento metálico, por el cual se introducen diferentes elementos instrumentales y cámara óptica con la cual se obtiene una excelente visualización de las estructuras en estudio.

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 y sistemas, como otros específicos, sobre todo la descarga de secreciones bronquiales abundantes; sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención; neumotórax, disfonía, dolor retroesternal, lesiones en los dientes, mucosa bucal y labios; 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 mortalidad.

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

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

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho 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: VIDEO BRONCOSCOPIA RIGIDA

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).