



Consentimiento Informado Para La
Realización De Una
Videotoracoscopia, Con
Decorticación Pleural Y Pleurodesis
Para El Tratamiento Del Empiema
Pleural

Consentimiento Informado Para La Realización De Una Videotoracoscopia, Con Decorticación Pleural Y Pleurodesis Para El Tratamiento Del Empiema Pleural

Consentimiento informado para la realización de una videotoracoscopia, con decorticación pleural y pleurodesis para el tratamiento del empiema pleural

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
DECORTICACIÓN PLEURAL Y PLEURODESIS PARA EL TRATAMIENTO DEL EMPIEMA PLEURAL.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento, se pretende aliviar mis síntomas y llegar a un diagnóstico de mi enfermedad.

La Toracoscopía consiste en introducir un instrumento con un sistema óptico incorporado (el Videotoroscopio) en la cavidad pleural a través de una o dos pequeñas incisiones en el tórax. Mediante la Toracoscopías, el médico puede: examinar la cavidad torácica, evacuar el líquido pleural infectado, resecaer tejido infectado ubicado sobre la pleura (decorticación pleural), tomar biopsias de las lesiones pleurales, pulmonares o mediastínica, y en casos indicados, instilar sustancias dentro de la cavidad para provocar una adherencia de las superficies pleurales (una pleurodesis) y evitar así la reacumulación de líquido o aire.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere el **uso 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 pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos.

Poco graves y frecuentes: extensión de aire al tejido subcutáneo, 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.

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 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:
DECORTICACIÓN PLEURAL Y PLEURODESIS PARA EL TRATAMIENTO DEL EMPIEMA PLEURAL.**

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).