



Consentimiento Informado Para
Enfermedad Bulosa Pulmonar

Consentimiento Informado Para Enfermedad Bulosa Pulmonar

Consentimiento Informado Para Enfermedad Bulosa Pulmonar

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 **BULOSA PULMONAR**.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento, se pretende que el pulmón pueda realizar su función correctamente y no se colapse. La cirugía consiste en la resección de partes del pulmón que contienen estas bulas, utilizando suturas mecánicas especiales que se introducen por pequeños orificios a través de la pared torácica. En ocasiones es necesario irritar la pleura para que se adhiera al pulmón (pleurectomía y/o pleurodesis), logrando así que disminuya en gran parte la posibilidad de recidiva de la lesión. También me ha informado de que este procedimiento se realizará en forma preferente por cirugía endoscópica (Videotoracoscopia), solo en casos que sea imposible esta vía de abordaje, se procederá a abrir la pared torácica (toracotomía).

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la **administración de anestesia general** con un tubo traqueal especial, para ventilar solo el pulmón sano, 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 los servicios de hematología y anestesiología.

Habitualmente, estas enfermedades se producen por la ruptura de ampollas pleurales situadas en la periferia del pulmón (bulas), estas lesiones producen el colapso del pulmón y la aparición de dolor torácico y ahogo.

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 más 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 y sistemas, como otros específicos.

Poco graves y poco frecuentes: Infección superficial de las heridas, persistencia de fugas aéreas por el drenaje pleural, dolor prolongado en la zona de la operación, infección de la cavidad pleural o del pulmón y persistencia del colapso pulmonar. 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.

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 **BULOSA PULMONAR**.

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).