



Consentimiento Informado Para  
Patología Pulmonar, Lobectomía-  
Neumonectomía Con O Sin Disección  
Ganglionar Mediastínica

## **Consentimiento Informado Para Patología Pulmonar, Lobectomía-Neumonectomía Con O Sin Disección Ganglionar Mediastínica**

## Consentimiento informado para Patología Pulmonar, Lobectomía-Neumonectomía con o sin Disección Ganglionar Mediastínica

---

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, a la extirpación quirúrgica de la lesión pulmonar que presento a través de una:

**TORACOTOMÍA, REALIZANDO UNA LOBECTOMÍA** (extracción de uno o dos lóbulos pulmonares)

**O UNA NEUMONECTOMÍA** (Extracción de un pulmón).

## INFORMACIÓN

- Mediante este procedimiento se pretende quitar la lesión, y su análisis intra operatorio.
- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la **administración de anestesia** 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.
- 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: sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención, infección superficial de las heridas, dolor en la zona de la operación, infección de la cavidad pleural y del mediastino.
- También sé que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado. Por lo tanto puede ser posible que la intervención consista en la realización de una lobectomía o Neumonectomía.
- 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.
- Para facilitar la salida de sangre, aire y líquidos post operatorios, se le dejarán uno a dos drenajes pleurales, conectados a un reservorio especial, y que será retirado cuando cumpla una serie de condiciones que el cirujano tratante le explicará durante su evolución.
- En caso que la patología pulmonar lo amerite, como es el Cáncer de Pulmón, es necesaria la realización de una Disección Ganglionar Mediastínica, que es la resección de los ganglios de ubicación en el mediastino, para su estudio histológico por un Anatomopatólogo.



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:

**TORACOTOMÍA, REALIZANDO UNA LOBECTOMÍA** (extracción de uno o dos lóbulos pulmonares)

**O UNA NEUMONECTOMÍA** (extracción de un pulmón).

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).