



Consentimiento Informado Para
Punción Aspirativa Infantil

Consentimiento Informado Para Punción Aspirativa Infantil

Consentimiento Informado Para Punción Aspirativa Infantil

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que es conveniente, en la situación de mi hijo/hija, realizar el procedimiento quirúrgico de: **PUNCIÓN ASPIRATIVA TRANSTIMPÁNICA/ TUBOS DE VENTILACIÓN**

OIDO Derecho

Izquierdo

INFORMACIÓN

La Punción Aspirativa Timpánica O Pat, con o sin colocación de tubos de ventilación, es una cirugía que se realiza para tratar la OTITIS MEDIA CON EFUSION, que consiste en la persistencia de líquido en el oído medio, con episodios de otitis media aguda recurrentes o una **OTOPATIA ADHESIVA**, es decir una alteración de la membrana timpánica, en donde el tímpano se retrae con riesgo de generar un daño irreversible en la membrana y/o en la cadena de huesillos. Para ello se realiza bajo visión microscópica una pequeña incisión en el tímpano, a través de la cual se aspira el contenido del oído medio y se coloca un pequeño tubo de drenaje, para evitar que éste se cierre, permaneciendo en ese lugar un tiempo variable, que suele oscilar entre seis meses y un año.

Mediante este procedimiento se pretende mejorar la audición, disminuyendo los riesgos de retracción de la membrana timpánica y a la vez disminuir los episodios de otitis media aguda.

La intervención puede realizarse bajo anestesia general o local, dependiendo de la decisión del paciente.

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 la intervención tales como, ligeras molestias en el oído, así como la salida de secreciones de aspecto mucoso o sanguinolento, pequeñas hemorragias, rechazo y expulsión del tubo del drenaje, infección del oído con dolor y supuración, y más raro aún la pérdida absoluta de la audición o cifosis, acufenos-ruidos en el oídos-, vértigos etc.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general en caso que se opte por aquella.

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como:

.....

Aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado 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 su situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia) 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 le realice el tratamiento quirúrgico para **PUNCIÓN ASPIRATIVA TRANSTIMPÁNICA/ TUBOS DE VENTILACIÓN.**

OIDO Derecho

Izquierdo

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(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).