



Consentimiento Informado Para
Reparación De Roturas Traqueo
bronquiales

Consentimiento Informado Para Reparación De Roturas Traqueo bronquiales

Consentimiento Informado – Cirugía de Tórax

Consentimiento informado para reparación de roturas Traqueobronquiales

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
REPARACIÓN DE ROTURAS TRAQUEOBRONQUIALES.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende realizar un cierre de la vía aérea afectada. Para ello, se hace una incisión por cervicotomía, toracotomía o estereotomía.

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 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 puedan afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos:

- Como fístula a nivel del cierre de la rotura que cuando aparece en el inmediato postoperatorio obliga a una reintervención quirúrgica
- Sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención:

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 indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como:

.....
.....

Aunque puede ser realizable sin su preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares, 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 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
REPARACIÓN DE ROTURAS TRAQUEOBRONQUIALES.

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).