



Consentimiento Informado Para
Resección De Metástasis
Pulmonares

Consentimiento Informado Para Resección De Metástasis Pulmonares

Consentimiento Informado Para Resección De Metástasis Pulmonares

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 para la EXTIRPACIÓN DE LAS METÁSTASIS SITUADAS EN UNO O AMBOS PULMONES A TRAVÉS DE UNA

- CIRUGÍA DE TORACOTOMÍA
- CIRUGÍA DE ESTERNOTOMÍA
- CIRUGÍA DE VIDEOTORACOSCOPIA.

INFORMACION

Mediante este procedimiento se pretende quitar todas las lesiones, aunque no siempre es posible debido a su pequeño tamaño o localización.

Estas metástasis se extraerán utilizando suturas mecánicas especiales.

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 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.

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.

Al terminar la cirugía quedara con uno o dos drenajes pleurales, cuya finalidad es extraer sangre, aire o líquidos que quedan en la cavidad pleural.

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 la:

EXTIRPACIÓN DE LAS METÁSTASIS SITUADAS EN UNO O AMBOS PULMONES A TRAVÉS DE

- CIRUGÍA DE TORACOTOMÍA
- CIRUGÍA DE ESTERNOTOMÍA
- CIRUGÍA DE VIDEOTORACOSCOPIA.

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).