



Consentimiento Informado Para
Simpatectomía Videotoracoscopia
Para El Tratamiento De La
Hiperhidrosis Primaria

Consentimiento Informado Para Simpatectomía Videotoracoscopia Para El Tratamiento De La Hiperhidrosis Primaria

Consentimiento Informado Para Simpatectomía Videotoracoscopia Para El Tratamiento De La Hiperhidrosis Primaria

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:
SIMPATECTOMÍA VIDEOTORACOSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS PRIMARIA

INFORMACION

1. Mediante este procedimiento, se pretende mejorar los síntomas que padezco. Este tipo de cirugía se emplea frecuentemente para aliviar la sudoración exagerada de las palmas de las manos, plantas de los pies, rubor facial y, más raramente, para mejorar los trastornos vasculares de los miembros superiores o para disminuir el dolor intenso en algunas enfermedades de páncreas y de corazón.
2. La cirugía consiste en la extirpación o la destrucción de unos ganglios de la cadena simpática situada al lado de la columna vertebral. Se suele llevar a cabo la intervención por Videotoracoscopia a través de 1-3 pequeñas incisiones en el tórax. En muy raras ocasiones, por complicaciones o por problemas técnicos, el médico puede ampliar la incisión para concluir la operación.
3. El médico me ha explicado que el procedimiento requiere el uso de anestesia general y que, salvo en complicaciones muy graves, no es necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados.
4. Al finalizar la cirugía, y si es necesario, el médico puede dejar un tubo de drenaje en la cavidad pleural durante uno o más días para facilitar la reexpansión del pulmón y la evacuación del aire, líquido pleural y sangre que pueda acumularse.
5. 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 frecuentes: dolor prolongado o alteración de sensibilidad en la zona de la operación, sudoración compensadora en otra parte del cuerpo, infección o sangrado de las heridas y neumotórax;
 - Poco frecuentes y graves: sudoración exagerada en otra parte del cuerpo, síndrome de Horner, infección de la cavidad pleural o del pulmón y hemorragia de los grandes vasos.
6. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.
7. Es posible también, que no se logre simetría en la capacidad de anular o reducir la hiperhidrosis, dado generalmente por anomalías anatómicas de los nervios del Sistema Simpático. Su manejo requiere en esta situación, la re Simpatectomía durante otro acto quirúrgico en el post operatorio inmediato o tardío.
8. 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.
9. El médico me ha explicado que, en mi caso, este procedimiento es una buena opción si se ha fracasado otros tratamientos no quirúrgicos para aliviar mis síntomas.
10. 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:
SIMPATECTOMÍA VIDEOTORACOSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS PRIMARIA

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).