



Consentimiento Informado Para
Videotoracoscopia

Consentimiento Informado Para Videotoracoscopia

Consentimiento Informado Para Videotoracoscopia

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 proceder, en la situación de mi hijo(a) a realizar el siguiente procedimiento quirúrgico: **VIDEOTORACOSCOPIA**

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende, a través de accesos mínimos en el tórax, explorar el espacio entre la pleural parietal y la visceral (que recubre íntimamente el pulmón), así como las estructuras del mediastino (timo, esófago, ganglios linfáticos, pericardio, tumores neurogénico, quistes bronquiales, y otros). Es útil en el diagnóstico de algunas lesiones pulmonares, pleurales y mediastínicas, permitiendo su biopsia y/o su extirpación. También permite el tratamiento de empiemas y neumotórax.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia.

La cirugía consiste en acceder al espacio pleural y/o mediastino por pequeñas incisiones en el tórax por las que se introducen canales de trabajo que permiten el acceso de una óptica e instrumental necesarios para realizar el procedimiento endoscópico. En algunos casos, ya sea por difícil acceso, escasa visión de la lesión y/o hallazgos operatorios que, a criterio del cirujano lo ameriten, puede ser necesario una conversión a toracotomía clásica.

Se me ha advertido que otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento.

Estos pueden ser:

- **Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, Hematoma. Dolor prolongado en la zona de la lesión, Cicatriz hipertrófica. Flebitis.
- **Poco frecuente y de mediana gravedad:** Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.
- **Pocos frecuentes y graves:** shock anafiláctico y/o hemodinámico. Sepsis.
- **Específicos de la cirugía:** Infección y/o hematoma de las heridas operatorias, Aire en los tejidos circundantes (enfisema) y/o a distancia (embolia gaseosa, neumotórax), lesión de vasos sanguíneos o pulmón. Fistula bronco pleural, empiema pleural postoperatorio.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La situación vital actual de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....
El médico me ha explicado que, en este caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica.

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

CONSENTO que se le realice el tratamiento quirúrgico para **VIDEOTORACOSCOPIA**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

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).