

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA TRAQUEOSTOMIA.

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención a la que usted va a someterse consiste en la colocación de una cánula (tubo) en su tráquea para lograr una adecuada ventilación pulmonar sin necesidad de mantenerlo inconsciente y con apoyo de ventilación mecánica. Dependiendo de la causa que lo hace necesario, este procedimiento podría ser definitivo, sin embargo, lo habitual es que sea transitorio.

CÓMO SE REALIZA

Es un procedimiento quirúrgico que se hace bajo anestesia general. Se realiza una incisión (herida) a nivel del cuello a través de la cual se accede a la tráquea y se instala la cánula.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Una incisión cervical que permitirá mantener la cánula mientras la necesite. Al retirar la cánula esta herida cerrará en forma espontánea en pocos días, dejando una cicatriz. Mientras la cánula esté puesta, no podrá fonar (hablar) de manera normal.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Disminuirá el riesgo de generar complicaciones de la intubación orotraqueal, permitirá recuperar conciencia y realizar actividades voluntarias, favoreciendo la rehabilitación y recuperación de otras funciones corporales.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier acción médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

- **LOS MÁS FRECUENTES**
 - Infección del sitio quirúrgico.
 - Sangrado del sitio quirúrgico.
 - Estenosis (estrechez) del sitio de la tráquea donde se realiza la cirugía (que se aprecia tardíamente luego de retirar la cánula)

- **LOS MÁS GRAVES**
 - Pérdida de la vía aérea mientras se realiza el procedimiento, con riesgo vital si no se recupera.

Sangrado masivo hacia la vía aérea por generación de una fístula (comunicación) a un vaso sanguíneo mayor. Ocurre luego de semanas o meses de utilizar la cánula, con alto riesgo de mortalidad en caso de presentarse.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS:

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.

- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento	
Apoderado: _____	Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION	
_____ Firma Paciente o Apoderado	_____ Firma Médico