

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 LA EXTIRPACIÓN DE QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

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

Esta intervención consiste en eliminar el conducto tirogloso y los quistes que puedan haberse producido en él. El conducto tirogloso es un defecto que se tiene de nacimiento (congénito) formado por restos de tejido de la glándula tiroidea que quedan fuera de su sitio durante el desarrollo embrionario. Se localizan en diversos sitios del cuello.

CÓMO SE REALIZA

El conducto tirogloso se elimina realizando un corte en la zona del cuello. En ocasiones para lograr su total extracción es necesario eliminar también una porción del hueso hioides.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

No es previsible que esta intervención produzca efectos indeseables permanentes en los pacientes.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mediante este procedimiento, se pretenden evitar los siguientes problemas: dolor, infecciones de repetición con supuración, molestias al tragar, e incluso que el quiste se convierta en maligno, etc.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

En su caso particular, se ha considerado que, en la actualidad, este es el tratamiento más adecuado, no existiendo una alternativa eficaz.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación 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.

• LOS MÁS FRECUENTES:

- Sangrado leve o problemas en la cicatrización de la herida.
- Con el tiempo pueden aparecer cicatrices poco estéticas.
- Molestias transitorias al tragar.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Infección de la herida.

• LOS MÁS GRAVES:

- Hematoma importante del cuello. Esta complicación habitualmente se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.). Pero pueden llegar a requerir una nueva intervención, generalmente de urgencia.
- Reproducción del quiste.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS:

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y conocido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

OTROS MOTIVOS POR 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 la misma no contempladas inicialmente.

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 |