

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: EXTIRPACIÓN DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDES (PARATIROIDECTOMÍA)

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

Este procedimiento consiste en quitar las glándulas paratiroides o parte de ellas.

CÓMO SE REALIZA

Para hacer esta intervención realizaremos una incisión en el cuello para llegar a las glándulas paratiroides. A veces para poder extirparlas necesitaremos quitar también una parte de la glándula tiroidea. Si no es posible localizar las glándulas paratiroides realizaremos una segunda operación, pero esto es poco frecuente.

En ocasiones, para intentar mantener un estado hormonal adecuado, necesitaremos realizar un autotransplante glandular o conservar congelado tejido glandular para su reimplante posterior (crio preservación).

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios. Así podremos proporcionarle el tratamiento más adecuado a su caso.

El procedimiento requiere anestesia local o general según el caso, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. Para todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Al quitar todas las glándulas paratiroides se deja de producir su hormona y es necesario tomar medicamentos que sustituyan su efecto (tratamiento sustitutivo). Si solo se extirpa parte de las glándulas, no se suele necesitar tomar medicamentos, aunque dependerá de cada caso.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Se evitará el excesivo crecimiento de una o varias glándulas paratiroides para solucionar un trastorno hormonal y sus consecuencias, o que la enfermedad se extienda.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Es posible que la alteración hormonal o sus síntomas se pudieran controlar con tratamiento médico indefinido. Sin embargo, ni el crecimiento excesivo de la glándula ni las posibles complicaciones sobre otros órganos pueden controlarse con tratamiento médico. En su caso particular, se ha considerado que el tratamiento más adecuado es la cirugía.

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:

- Calambres y hormigueos transitorios en las manos, pies o boca, debidos a una disminución temporal del calcio en sangre, que ceden con tratamiento.
- Alteraciones transitorias de la voz.
- Alteraciones transitorias de la deglución (molestias al tragar)
- Sangrado o alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica.
- Cicatrices antiestéticas tardías
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

LOS MÁS GRAVES:

- Hemorragia importante (sangrado grave) del cuello.
- Alteraciones permanentes de la voz (ronquera)
- Alteraciones permanentes del metabolismo del Calcio.
- Reparación de la enfermedad.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

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.

OTRAS SITUACIONES 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 la misma 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 del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante lega

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....