

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 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. Este es el hueso situado en la base de la lengua, encima de la laringe, que produce el abultamiento que solemos llamar “nuez” •.

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. En ocasiones es necesario practicar una traqueotomía (pequeñas incisiones abdominales) y conlleva un riesgo de mortalidad.
- Reproducción del quiste.

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 CUESTIONES PARA LAS 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.
 - Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso, su identidad siempre será preservada de forma confidencial.
-

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 legal

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.....