

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 TUMORES DE MEDIASTINO.

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 pretende curar o mejorar los síntomas o la enfermedad, o evitar que el crecimiento del quiste/ tumor los provoque, y conocer la naturaleza exacta del tumor/quiste. El método para intervenir es variable dependiendo de la localización del tumor, su tamaño y su naturaleza. Las vías posibles son: resección por técnicas de cirugía mínimamente invasiva, toracotomía estándar, toracotomía axilar, toracotomía bilateral transesternal (clamshell), cervicotomía, esternotomía o vías de acceso combinadas.

CÓMO SE REALIZA

El procedimiento requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos se informa en los documentos de los servicios de hematología y anestesiología.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Cicatriz o cicatrices torácicas y/o cervicales y las molestias variables postoperatorias inherentes a los sitios de acceso y la ubicación de el o los drenajes.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

En el diagnóstico definitivo del quiste o tumor. Alivio o desaparición de los síntomas que producía y el riesgo que implicaba mantenerlo en su lugar.

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

- **LOS MÁS FRECUENTES**

- Infección superficial de las heridas.
- Dolor en la zona de la operación.
- Infección de la cavidad pleural y/o del mediastino.
- Otras complicaciones pueden aparecer por lesión de nervios situados en la vecindad del tumor/quiste, cuya lesión podría provocar parálisis diafragmática o alteraciones en la voz o párpado caído.
- Atelectasias (áreas de pulmón mal ventiladas).
- Infecciones pulmonares (neumonía).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad, o pueden ser efectos permanentes. Las lesiones de nervios habitualmente son irreversibles y pueden requerir otros procedimientos para manejar las consecuencias de la pérdida de la función.

- **LOS MÁS GRAVES**

- Las derivadas de una hemorragia por lesión accidental de grandes vasos.
- Las derivadas de infección local del mediastino o generalizada.

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
--	-----------------------