

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 TRATAMIENTO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA.....

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 reparar la perforación o agujero que usted tiene en el esófago. La operación se realiza por toracotomía (apertura del tórax) y consiste en localizar y reparar la rotura del esófago.

En circunstancias especiales, el cirujano puede practicar en la misma operación, además, otros procedimientos como la miotomía (sección de los músculos del esófago), técnicas de antirreflujo gastroesofágico, exclusión bipolar del esófago (cierre de los extremos superior e inferior del esófago) e incluso la esofagectomía (extirpación total del esófago).

Al finalizar se dejará dos o más tubos de drenaje en la cavidad pleural durante los días necesarios para

facilitar la evacuación de aire y de líquido pleural y para permitir una mejor función respiratoria.

CÓMO SE REALIZA

El procedimiento requiere anestesia general, de cuyos riesgos le informará el anesestesiólogo. 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

Cicatriz Torácica. Necesidad de uno o varios tubos de drenaje en la zona. Dolor postoperatorio o molestias. Necesidad de ayuno prolongado hasta que se estime que la perforación ha cicatrizado con seguridad.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

En la reparación de la perforación esofágica.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

En su caso pensamos que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad.

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:**

Acumulación de líquido y de aire en la cavidad pleural (zona de los pulmones).

Extensión de aire al tejido subcutáneo o a otra zona.

Infección y sangrado de las heridas.

Dolor prolongado en la zona de la operación.

Persistencia del colapso pulmonar.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Cualquiera de las anteriormente descritas que se comporten de forma refractaria al tratamiento y que asocien infección tanto local como generalizada.

Heridas persistentes del esófago.

Infección del mediastino (parte del tórax que está entre el esternón y la columna vertebral y entre los pulmones), de la cavidad pleural y del pulmón.

Hemorragia de los grandes vasos sanguíneos.
Lesiones de otros órganos.
Insuficiencia respiratoria.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Las perforaciones practicadas en esófagos gravemente patológicos tienen un mayor riesgo de complicaciones.

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 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.

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

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====
No autorizo 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