

## 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 CIRUGÍA TRAQUEOBRONQUIAL. (Lesiones traumáticas, estenosis o tumores).

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 realizar la reparación de la vía aérea dañada. Para ello es necesario intervenir quirúrgicamente a través de una incisión por cervicotomía (en el cuello), toracotomía (tórax), esternotomía (esternón) o combinado. Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

### 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 torácica y/o cervical. Necesidad de uno o varios tubos de drenaje en la zona. Dolor postoperatorio o molestias.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

La reparación de la vía aérea en el caso de lesiones traumáticas o estenosis (estrechez). Mejora de los síntomas en caso de que los presente (tos o dificultad respiratoria, por ejemplo). Extracción del tumor en caso de que lo tenga para estudiarlo y definir el tratamiento que necesite.

### 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. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

#### • LOS MÁS FRECUENTES

- Fístula o dehiscencia (herida abierta) en el sitio quirúrgico, por lo que sería necesario operar de nuevo.
- Sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención.
- Infección superficial de las heridas.
- Persistencia de fugas aéreas por el drenaje pleural y persistencia del colapso pulmonar.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Infección de la cavidad pleural (empiema) o del pulmón (neumonía)

#### • LOS MÁS GRAVES

- Pérdida de la vía aérea mientras se realiza el procedimiento, con riesgo vital si no se recupera.
- Sangrado masivo por lesión de algún gran vaso mediastínico.

Las derivadas de fallo de la sutura o reparación realizada que conlleva riesgo de infección grave local y/o general.

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