

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 DEL SÍNDROME DEL OPERCULO TORACICO O COMPRESION CERVICO-MEDIASTÍNICO

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 neurovasculares en las extremidades superiores debidos a la compresión (presión) que sufren estas estructuras a nivel de la abertura torácica superior. La extirpación de la primera costilla, de una costilla cervical (si es que lo hay) y/o sección de la musculatura escalena se realiza para ampliar el espacio de salida desde el interior del tórax hacia los miembros superiores de las arterias, venas y nervios, evitando así la compresión de estas.

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 o cervical. Necesidad de uno o varios tubos de drenaje en la zona. Dolor postoperatorio o molestias.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Alivio de los síntomas. Mejora funcional del miembro superior.

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

- Infección de la cavidad pleural (que contiene a los pulmones).
- Lesión de nervios y vasos situados en la vecindad de la costilla. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

• LOS MÁS GRAVES

- En muy pocas ocasiones se ha descrito la aparición de dolor postoperatorio que ha requerido para su resolución de intenso tratamiento farmacológico o incluso rebelde al tratamiento.
- Secuela neurológica por lesión de algún nervio que tiene función en la extremidad superior.
- Hemorragia masiva por lesión de alguno de los vasos principales que llevan o traen sangre hacia o desde la extremidad superior.

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