

CONSENTIMIENTO INFORMADO

BIOPSIA DE PARED TORACICA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	Mediante el procedimiento al que usted se va someter se obtendrán muestras de tejido que servirá para obtener un diagnóstico con el que poder realizar posteriormente el tratamiento más adecuado a su lesión. Este procedimiento puede realizarse con anestesia local en caso de lesiones superficiales y fácilmente localizables y requerirá la administración de anestesia general en caso de lesiones profundas y mal localizables.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Se podrá conocer la naturaleza de la lesión en estudio para sentar un pronóstico y un tratamiento adecuado.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	Intentar obtener muestras mediante punción con aguja fina o con agujas de corte.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Cicatriz de tamaño variable. Posibilidad de dolor o molestias postoperatorias
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	No se podra hacer diagnóstico eficiente
RIESGOS FRECUENTES	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica. Posibilidad de que este procedimiento no llegue a establecer el diagnóstico. Infección superficial de la herida, dolor en la zona de la operación, infección de la cavidad pleural (zona de los pulmones). Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un mínimo riesgo de mortalidad. Riesgo de implante tumoral en la cicatriz en el caso de tumores malignos agresivos.
RIESGOS POCO FRECUENTES	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: <i>Infección importante. En caso de tumores malignos implantes tumorales en los márgenes de la incisión.</i>
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

BIOPSIA DE PARED TORACICA

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo.....DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA DE BIOPSIA DE PARED TORACICA**

EN, A LOS DÍAS DEDEL

.....
FIRMA PACIENTE
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CIRUGÍA DE BIOPSIA DE PARED TORACICA**

EN, A LOS DÍAS DEDEL

.....
FIRMA APODERADO
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO
FIRMA Y SELLO MÉDICO