

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA DE TIROIDES



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	Este tipo de cirugía consiste en la extirpación de la glándula tiroides según el tipo de afectación. En la mayoría de los casos su extirpación provoca una disminución de las hormonas tiroides, necesitando suplementación hormonal por tiempo indefinido. El resultado de la biopsia puede modificar el diagnóstico, recomendando la reintervención para extirpar el resto de la glándula. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento mas adecuada.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de la glándula, afectación de los órganos vecinos y/o los niveles hormonales.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	En caso de alteración hormonal la alternativa sería el tratamiento médico indefinido o bien en algunos casos de hiperfunción el tratamiento con yodo radioactivo. En el resto de los casos no existe alternativa terapéutica.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	La intervención tiene por finalidad la resolución de la enfermedad o el tratamiento de los síntomas que produce.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	La no realización de la intervención conlleva el riesgo de la progresión de la enfermedad e incluye la posibilidad de necesidad de intervención en una fase mas avanzada de la enfermedad o incluso de urgencia con los riesgos mayores que eso significa.
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: Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica. Calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento. Alteraciones transitorias de la voz. Alteraciones transitorias de la deglución. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.
RIESGOS POCO FRECUENTES	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: Hematomas importantes del cuello. Alteraciones permanentes de la voz. Alteraciones permanentes de las paratiroides. Recidiva de la enfermedad. Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, , y rara vez precisan de la realización de una traqueostomía. Excepcionalmente puede producirse la muerte.
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

CIRUGIA DE TIROIDES

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 TIROIDES**
EN, A LOS DÍAS DE DEL

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

Sr/SRA..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE DECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CIRUGÍA DE TIROIDES**
EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
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