

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TORACOSCOPIA / TOMA DE BIOPSIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE 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	El procedimiento quirúrgico al que usted se va a someter se utiliza para obtener un diagnóstico, aunque en algunas ocasiones se pueda realizar alguna pequeña intervención terapéutica (mediante incisiones mínimas), que requiere anestesia general para su realización y que permite la toma de tejidos para su análisis detallado en el laboratorio (anatomopatológico). Además el objetivo fundamental es la visualización interior para la elaboración de un informe por parte del cirujano. En la intervención, se realizan de una a tres incisiones (heridas) en el tórax de un centímetro o menores, que permiten la introducción del material óptico para la visualización interior y del instrumental quirúrgico necesario en caso de tener que obtener tejidos o realizar algún tratamiento.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Obtener muestras pulmonares (biopsia de pulmón), muestras pleurales (biopsia de pleura) y muestras de tejidos de mediastino (ganglios u otras estructuras). Se podrá obtener el diagnóstico de certeza de la enfermedad objeto de estudio lo que permitirá la aplicación del tratamiento adecuado si procede. En algunas circunstancias se podrá añadir una actuación de tratamiento como pleurodesis en caso de derrames pleurales recidivantes o neoplásicos. En caso de existir neumotórax o derrame pleural, la evacuación de estos fluidos y la expansión pulmonar pueden mejorar significativamente el estado físico.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	Al decidir por esta opción se han desestimado otras opciones menos invasivas por diferentes criterios.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Una o unas mínimas cicatrices en tórax. Molestias postoperatorias leves. La necesidad de drenaje torácico durante unos días.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	Falta de diagnóstico
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. riesgo de infección y sangrado. Aún siendo las complicaciones mas frecuentes su incidencia es baja, considerándose un procedimiento seguro. En alguna ocasión estos incidentes pueden requerir para su resolución de administración de sangre y/o hemoderivados, de colocación de nuevos drenajes e incluso de la práctica de una toracotomía (abrir el tórax) para su resolución.
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

TORACOSCOPIA / TOMA DE BIOPSIA

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 **TORACOSCOPIA**

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 PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **TORACOSCOPIA**

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