

CONSENTIMIENTO INFORMADO TORACOCENTESIS



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 local en la zona de la punción. Los posibles riesgos de la anestesia local (reacción alérgica grave a los anestésicos locales que pueden llegar a producir shock anafiláctico). Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir otros procedimientos de urgencia incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	La intervención a la que usted va a someterse consiste en la punción del tórax con una aguja o un trocar fino y permite la extracción de una muestra de líquido de la cavidad pleural (zona de los pulmones) que se estudia para conocer el diagnóstico de la enfermedad y aliviar los síntomas de un derrame pleural. En ocasiones puede precisar del uso de una exploración ecográfica del tórax o de una TAC para localizar la zona más adecuada a la punción. En ocasiones puede estar indicado dejar emplazado un fino drenaje (tubo de plástico para la extracción de líquido o aire) pleural.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Desde el punto de vista diagnóstico permitirá la obtención de especímenes (datos hematimétricos, bioquímicos, bacteriológicos, anatomopatológicos inmunológicos...) que permitirán el diagnóstico o el seguimiento evolutivo de su enfermedad. Desde el punto de vista terapéutico la evacuación de una cantidad significativa de líquido pleural que puede manifestarse como un notable alivio en el estado respiratorio.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	No existe alternativas a este procedimiento.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Generalmente beneficiosos. En algunas ocasiones molestias leves y transitorias en la zona de punción.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	De no realizar la practica continuará con la enfermedad que da origen a la indicación
RIESGOS FRECUENTES	IPueden presentarse efectos indeseables, como infección de la zona de punción, hemorragia, hipotensión, náuseas o mareos, dolor local o referido al cuello y neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).
RIESGOS POCO FRECUENTES	Puede producirse edema pulmonar unilateral, siembra de células tumorales en el trayecto de la punción, punción involuntaria de hígado, bazo o riñón. De forma excepcional, arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, accidente cerebro vascular agudo que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico incluyendo un riesgo de mortalidad.
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 TORACOCENTESIS

*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 **TORACOCENTESIS**
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 **TORACOCENTESIS**
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