

CONSENTIMIENTO INFORMADO TORACOPLASTIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO 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

La intervención a la que usted va a someterse pretende la obliteración o cierre de la cavidad pleural o de una cavidad pulmonar rebelde a los tratamientos previos que usted ha recibido. La operación consiste en la extracción de una porción de la pared torácica, incluyendo varios segmentos costales, con o sin pleura parietal y músculos de la pared. Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento, ampliándolo o reduciéndolo para realizar el procedimiento más adecuado.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Esta intervención actualmente es de ejecución excepcional y se realiza en caso de que otros intentos terapéuticos hayan fracasado o no haya sido posible su aplicación. Si la intervención no tiene complicaciones y consigue la obliteración del espacio patológico producirá la curación de la enfermedad o consecuencia crónica.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Cuando se prescribe la realización de una toracoplastia no existe otro tratamiento que iguale o mejore los resultados de esta.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Cicatriz torácica e importante deformidad. Necesidad de uno o varios tubos de drenaje en la zona. Dolor postoperatorio o molestias. Puede ocasionar una disminución en su capacidad pulmonar.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

De no realizar la practica continuará con la enfermedad que da origen a la indicación

RIESGOS FRECUENTES

Infección superficial de la herida, infección de la cavidad pleural, infección del pulmón restante, hemorragia, fracaso multiorgánico, alteraciones o insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, retención de secreciones que impidan la ventilación del pulmón, y dolor prolongado en la zona de la operación. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, a veces de urgencia, 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 TORACOPLASTIA

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 **TORACOPLASTIA**

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 **TORACOPLASTIA**

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