

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## TORACOTOMIA EXPLORADORA



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.*

<b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>	La intervención a la que usted va a someterse consiste en la apertura de la cavidad torácica para localizar con mayor exactitud las lesiones y averiguar su alcance para proceder a la reparación o a la toma de muestras y en ocasiones extirpar de los órganos lesionados.
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	Conocer la lesión o lesiones para estudiarlos y determinar el tratamiento a seguir y el pronóstico. En ocasiones se puede añadir una intervención terapéutica.
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	No existe en este punto una alternativa
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	Cicatriz Torácica. Necesidad de uno o varios tubos de drenaje en la zona. Dolor postoperatorio o molestias. Si es necesario extraer tejido pulmonar puede quedar una merma en el funcionamiento del pulmón.
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO</b>	No podremos hacer diagnóstico
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	Derivados de la actuación quirúrgica: acumulación del líquido y del aire en la cavidad pleural, extensión de aire al tejido subcutáneo o a otra zona, infección y sangrado de las heridas, persistencia de fuga de aire por el drenaje pleural, dolor prolongado en la zona de la operación, persistencia del colapso pulmonar.
<b>RIESGOS POCO FRECUENTES</b>	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser más graves: <i>Infección de la cavidad pleural o del pulmón, hemorragia de los grandes vasos sanguíneos, lesiones de los órganos mediastínicos (situados entre el esternón y la columna vertebral y entre los pulmones), fístula (herida) bronquial e insuficiencia respiratoria.</i> <i>La presentación de cualquiera de estas complicaciones puede requerir reintervenciones para su corrección, puede agravar el curso clínico postoperatorio, puede prolongarlo y puede aumentar el riesgo de mortalidad.</i>
<b>RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE</b>	Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## TORACOTOMIA EXPLORADORA

**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 **TORACOTOMIA EXPLORADORA**

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 **TORACOTOMIA EXPLORADORA**

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