

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD TORÁCICA MEDIANTE CIRUGÍA VIDEOASISTIDA. Toma de Biopsias Pleural, Pulmonar y/o de Mediastino.

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento quirúrgico al que usted se va a someter se utiliza para obtener un diagnóstico y 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.

### CÓMO SE REALIZA

En la intervención, con anestesia general, se realizan de una a tres incisiones (heridas) en el tórax de 5 a 25 milímetros, 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.

Este procedimiento puede ser empleado para: obtener muestras pulmonares (biopsia de pulmón), muestras pleurales (biopsia de pleura) y muestras de tejidos de mediastino (ganglios u otras estructuras), muestras de pericardio o cualquier otro tejido al que se pueda acceder por el tórax. También permite tomar muestras de líquidos para cultivos u otros estudios.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Una o varias cicatrices en tórax. Molestias postoperatorias leves. La necesidad de drenaje torácico durante unos días.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

El objetivo es recuperar el estado de salud y/o mejorar la calidad de vida. 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.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier acción médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

### LOS MÁS FRECUENTES

- Como en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas existe riesgo de infección y sangrado. Aun siendo las complicaciones más 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.
- Atelectasias (áreas de pulmón mal ventiladas).

### LOS MÁS GRAVES

En condiciones normales no son previsibles complicaciones severas inherentes al procedimiento quirúrgico, sin embargo, dependiendo del estado del paciente y de sus patologías de base, podrían haber riesgos derivados que su cirujano le explicará.

### SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS:

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

### OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.

- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

## II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Apoderado: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico