

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ENDOLARÍNGEA POR SUSPENSIÓN

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente..... Edad:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que esta técnica permite explorar directamente la laringe a través de laringscopia directa por suspensión y realizar el examen y precisar la extensión de una lesión en la laringe y realizar una cirugía sobre las cuerdas vocales (nódulos o pólipos laríngeos) o una biopsia de una lesión que requiera de biopsia.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que estos procedimientos es una cirugía programada que se realiza con un laringoscopio rígido que se introduce por la boca.
- Los instrumentos utilizados a través del tubo y bajo control microscópico o endoscópico permiten la cirugía sobre las cuerdas vocales o la zona a explorar.
- Habitualmente la técnica es bien tolerada y de corta duración. Es muy importante hacer reposo vocal, es decir, no hablar en un período de 5-7 días para permitir la cicatrización adecuada de la zona operada.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado. Puede asociarse a operación sobre los cornetes nasales cuando estos participan en la obstrucción nasal.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anesestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Riesgos inmediatos: 1. dependiendo de la forma particular del cuello, a veces la exposición de la laringe; 2. debido a la posición en la intervención, puede presentar molestias a nivel del cuello en los días posteriores; 3. Por la introducción del tubo, puede presentar heridas pequeñas en la boca, lengua o incluso, a nivel dentario, con movilización de algún diente que precise extracción; 4. molestias en la laringe tras la cirugía o durante la misma, requiriendo en casos excepcionales intubación traqueal o incluso traqueostomía.
- Riesgos secundarios secundarios: 1. la voz puede cambiar y hacerse mas grave por la presencia de un granuloma o de lesiones cicatriciales. 2. recidiva de la lesión inicial.
- Complicaciones graves: 1. neumotórax; 2. hemorragia importante. Ambas complicaciones son muy excepcionales.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a). Sr(a).
 RUT. RUT.
 Firma: Firma:

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:
 Firma:
 Fecha:

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:
 Firma:
 Fecha: