

**CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**TRAQUEOTOMÍA.**

Paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ .

Edad: \_\_\_\_\_ .

Compañía: \_\_\_\_\_ .

Nº de Historia: \_\_\_\_\_ .

DNI: \_\_\_\_\_ .

Don/Doña: \_\_\_\_\_ .

Edad: \_\_\_\_\_ .

En calidad de representante legal, con DNI: \_\_\_\_\_ .

El Doctor/a:

De la Unidad de Cirugía Torácica me ha explicado de forma clara y que he comprendido que es preciso, dado el proceso clínico que presento, la realización de una **TRAQUEOTOMÍA** y/o \_\_\_\_\_ .

**1.- Objetivo de la intervención:** mediante este procedimiento se pretende realizar un orificio en mi tráquea para permitir la ventilación que se encuentra dificultada por una enfermedad que produce una obstrucción de la vía aérea. Este orificio puede ser realizado de forma temporal o permanente.

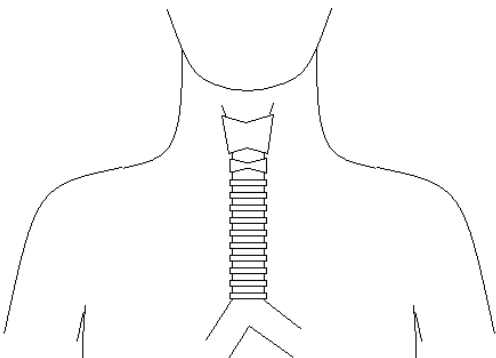
La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

**2.- Cómo se realiza:** mediante una incisión en el cuello se identifica la tráquea y se le realiza un orificio a través del cual se introduce una cánula o algún otro dispositivo que permita la entrada o salida del aire con facilidad.

En algunos casos esta técnica se puede realizar mediante una punción guiada con una cámara que se introduce en la tráquea, minimizando la herida de la piel.

Se me ha informado de que debido a hallazgos intraoperatorios o a los resultados del análisis de muestras tomadas durante la intervención, es posible que haya que modificar el procedimiento planificado previamente.

**3.- Imágenes o esquemas explicativos:**





**4.- Anestesia y administración de sangre y hemoderivados:** he sido advertido/a de que es precisa la administración de anestesia local o general y que es posible que (excepcionalmente) durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de hematología y anestesiología.

**5.- Riesgos derivados de la intervención:** he sido informado/a de que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables. Lo más habitual son molestias ligeras en garganta, algunos esputos teñidos de sangre, tos persistente o aumento de las secreciones. No obstante, en algunos casos extremos se pueden producir infecciones respiratorias, hemorragia importante, fracaso multiorgánico, accidentes cerebro-vasculares, alteraciones o insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica. En bastantes casos el procedimiento se realiza para solucionar una estenosis (zona de estrechez) crítica de la vía aérea, por lo que existe el riesgo de mortalidad durante el procedimiento o tras la realización del mismo.

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda influir en el transcurso del procedimiento o el periodo posterior.

Por las patologías acompañantes que presento de forma concreta (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc \_\_\_\_\_) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como: \_\_\_\_\_ .

He entendido la información que se me ha transmitido en un lenguaje claro y sencillo. El médico que me ha atendido ha permitido que le realice las observaciones que he considerado pertinentes y me ha aclarado todas las dudas que me han surgido.

**6.- Posibilidad de cambio de opinión respecto al procedimiento:** se me ha transmitido y tengo claro que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

**CONSENTIMIENTO:** con el siguiente consentimiento pongo de manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que entiendo la necesidad y la técnica del procedimiento quirúrgico, así como los riesgos del mismo.

En este caso concreto: **TRAQUEOTOMÍA.**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

Fdo: El/la Médico.

Fdo: El/la Paciente.

Fdo: El representante legal, familiar o allegado.



### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.

Paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_.

Compañía: \_\_\_\_\_.

Nº de Historia: \_\_\_\_\_.

DNI: \_\_\_\_\_.

Don/Doña: \_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_.

En calidad de representante legal, con DNI: \_\_\_\_\_.

REVOCO el consentimiento para la intervención que se me propuso, con fecha de \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir con la intervención.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Fdo: El/la Médico.

Fdo: El/la Paciente.

Fdo: El representante legal, familiar o allegado.