

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

REPARACIÓN DE FÍSTULA TRÁQUEO-BRONCO-ESOFÁGICA.

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 **REPARACIÓN DE FÍSTULA TRÁQUEO-BRONCO-ESOFÁGICA y/o** _____.

1.- Objetivo de la intervención: mediante este procedimiento se pretende solucionar y reparar la comunicación anormal que existe entre mi tráquea y/o bronquio y el esófago.

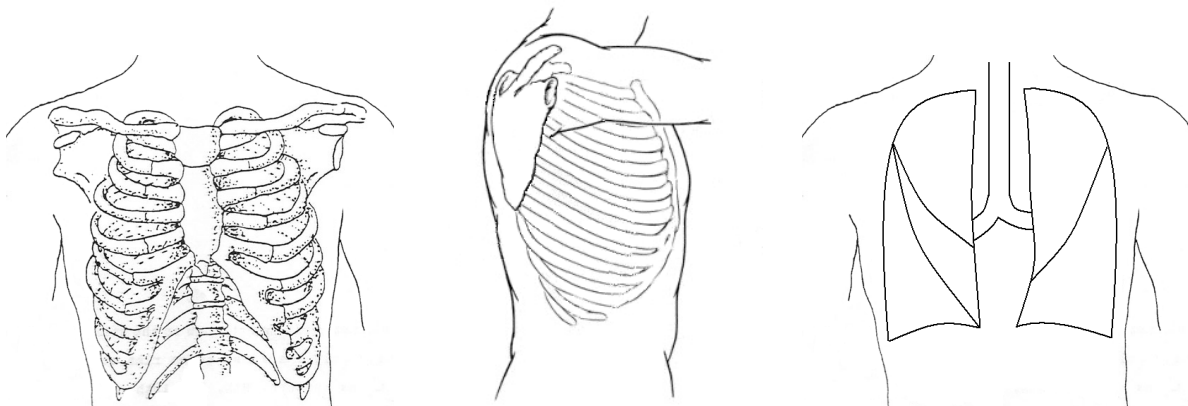
La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- Cómo se realiza: mediante una incisión en el cuello, a través del esternón y/o a través de las costillas se identifica la zona en la que existe la comunicación. Esta comunicación se interrumpe. En muchos casos es preciso seccionar la tráquea o el bronquio si se encuentra demasiado dañado y posteriormente se reconstruye uniendo los dos extremos de la zona seccionada. El orificio del esófago se sutura y, generalmente, se refuerza utilizando algún tejido de las zonas próximas (músculo, grasa, etc).

Habitualmente hay que dejar uno o varios drenajes para eliminar la sangre y/o líquido inflamatorio que se produce durante la intervención y tras esta.

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.

Aunque es muy bajo, existe el riesgo de mortalidad durante el procedimiento o en el periodo postoperatorio.

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: **REPARACIÓN DE FÍSTULA TRÁQUEO-BRONCO-ESOFÁGICA.**

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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.