

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN DE TUBO DE TÓRAX

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente:, nº historia:

Nombre y apellidos del representante (si procede):

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: **Sí** **No**

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que existe una ocupación de la cavidad pleural del tórax que no permite al pulmón funcionar con normalidad, por tanto debe ser colocado un tubo en esta cavidad para extraer el aire y/o el líquido que impiden la expansión del pulmón.

El procedimiento requiere anestesia, generalmente local, y excepcionalmente, es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado de que mediante este procedimiento se pretende eliminar el obstáculo para la expansión correcta del pulmón, de forma que pueda mejorar mis síntomas.....

.....

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso particular y en este momento, pensamos que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad.....

.....

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 como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Hemorragia grave. Lesión de algún órgano intratorácico. Drenaje insuficiente que requiera la colocación de otro tubo o la recolocación del mismo. Dolor intenso por afectación de un nervio intercostal. Recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir la colocación de otro tubo o una intervención quirúrgica, en ocasiones de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

.....

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Durante unos días tendrá que tener conectado un sistema de drenaje que le limitará su actividad.....

.....

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:

.....

Declaraciones y firmas:

D./D^a: con DNI:

• DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(COLOCACIÓN DE TUBO DE TÓRAX)** 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.

• Autorizo cumulativamente (MARCAR CASILLA) que:

la realización de mi procedimiento quirúrgico pueda ser filmado para ser utilizado con fines docentes o de investigación, lo cual no comporta riesgo adicional para mi salud, y que

mi información clínica y los resultados obtenidos puedan ser utilizados con fines de investigación científica y docentes y para publicaciones científicas, de forma seudonimizada, (es decir sin nombre ni apellidos), todo ello en aras de la mejora de la efectividad clínica y la seguridad de los pacientes

• 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.

• Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.

• También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa

Firma del paciente

Dr/a:

D./D^a:

Colegiado nº

Fecha:

D./D^a:, con DNI:

en calidad de a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha:

Revocación del consentimiento:

D./D^a:, con DNI:

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente

Firma del representante

Fecha