



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

RESECCIÓN y/o REPARACIÓN DEL DIAFRAGMA.

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 **RESECCIÓN y/o REPARACIÓN DEL DIAFRAGMA** o _____.

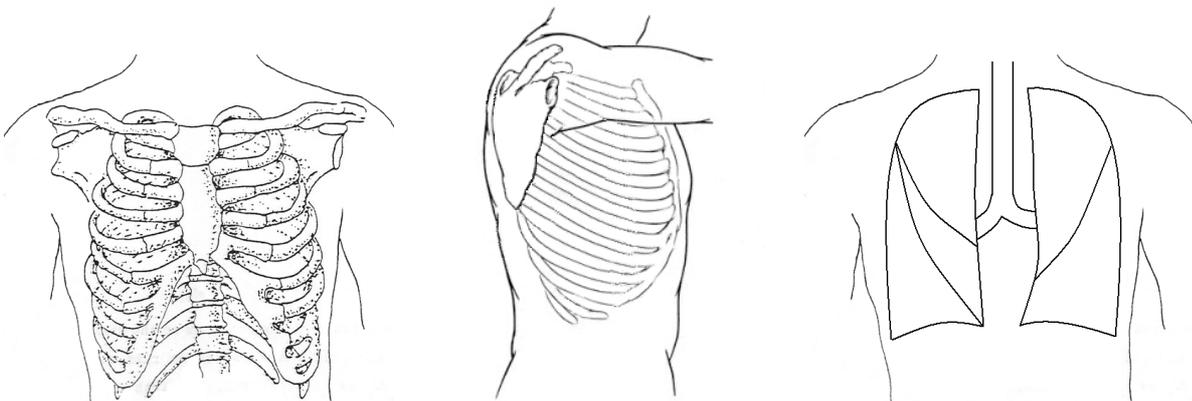
1.- Objetivo de la intervención: mediante esta intervención se pretende tratar la la patología del diafragma que presenta, para esto puede ser precisa la extirpación de parte o todo el diafragma y en un segundo tiempo, su reconstrucción mediante la utilización de algún tipo tejido o material sintético.

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

2.- Cómo se realiza: mediante videotoracoscopia, toracotomía videoasistida o cirugía abierta por toracotomía se accede a la cavidad torácica y, de este modo, al diafragma que se encuentra afectado. Se retira la parte dañada y, si es preciso, se repara el orificio existente (o que se ha creado durante la cirugía) utilizando tejido propio o materiales sintéticos.

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 el 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, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos que pueden llegar a ser muy graves: infección superficial de la herida, infección de la cavidad pleural, infección del pulmón restante, hemorragia, fracaso multiorgánico, accidentes cerebro-vasculares, alteraciones o insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, retención de secreciones que impidan la ventilación del pulmón, fugas aéreas persistentes y dolor prolongado en la zona de la operación. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención. 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 de la intervención o en el postoperatorio.

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: una **RESECCIÓN y/o REPARACIÓN DEL DIAFRAGMA.**

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.