



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

TORACOCENTESIS.

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 **TORACOCENTESIS** o _____.

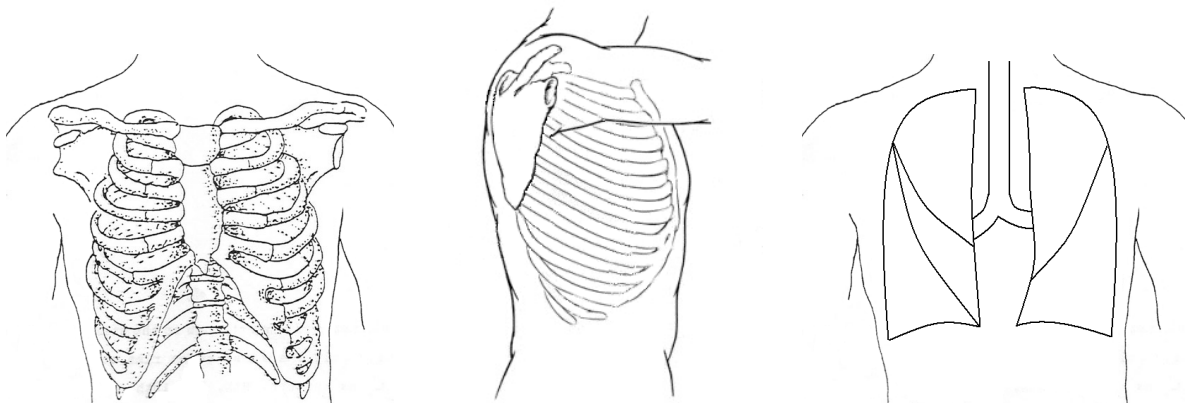
1.- Objetivo de la intervención: mediante este procedimiento se pretende obtener una muestra del líquido que presento en la cavidad pleural y que me produce disnea y/o dolor.

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

2.- Cómo se realiza: se realiza una punción con una aguja entre las costillas, sobre la zona de acúmulo de líquido. Con una jeringa se extrae una muestra suficiente de este líquido para su estudio microbiológico, bioquímico y/o anatomopatológico con el fin de diagnosticar la causa que lo ha producido.

Se me ha informado de que debido a hallazgos durante el procedimiento, hallazgos inesperados o posibles complicaciones, 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, excepcionalmente 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.

En esta intervención concreta, aunque es excepcional, existe riesgo de lesión de los vasos que acompañan a las costillas con la producción de una hemorragia que en ocasiones es importante y obliga a la realización de una videotoracoscopia o una toracotomía para su control. Si se lesiona el pulmón puede producirse la salida de aire al espacio pleural (neumotórax), precisando la colocación de un drenaje pleural.

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: realización de **TORACOCENTESIS**.

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.