

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

EXTIRPACIÓN QUISTE PULMONAR, MEDIASTÍNICO O PERICÁRDICO.

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 **EXTIRPACIÓN QUISTE PULMONAR, MEDIASTÍNICO O PERICÁRDICO o _____**.

1.- Objetivo de la intervención: mediante esta intervención se pretende extirpar la lesión de aspecto quístico que presento en el pulmón, el mediastino o el pericardio.

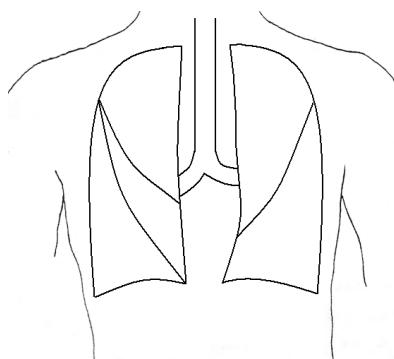
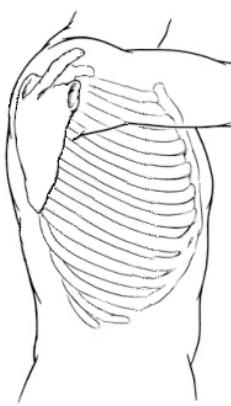
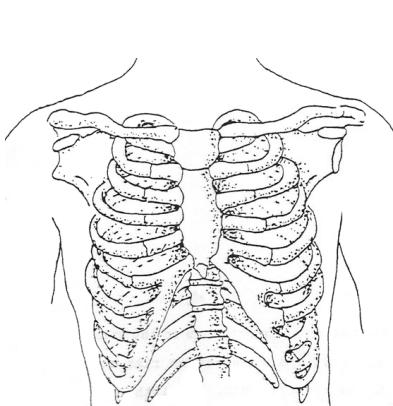
La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- Cómo se realiza: mediante videotoracoscopia, toracotomía videoasistida o cirugía abierta (toracotomía o esternotomía) se accede a la cavidad pleural. Se separa el quiste del resto de tejidos hasta separarlo por completo de ellos, momento en el que se extrae.

Habitualmente es preciso dejar uno o dos drenajes para la evacuación de la sangre y el líquido inflamatorio que se produce tras la intervención.

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 preciso 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.

En esta intervención, existe riesgo de lesión de los vasos arteriales y venosos del interior del tórax con la producción de una hemorragia que en ocasiones es importante y obliga a la realización de una toracotomía o una esternotomía para su control.

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: **EXTIRPACIÓN QUISTE PULMONAR, MEDIASTÍNICO O PERICÁRDICO.**

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.