

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-21

Traqueostomía

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende realizar una abertura quirúrgica en la tráquea a través de una incisión en el cuello, en la cual se coloca un tubo (tubo de traqueotomía) para suministrar una vía aérea que permita una ventilación adecuada del paciente con un manejo adecuado de las secreciones de la tráquea, bronquios y pulmones. De igual modo se indica en caso de Ventilación Mecánica prolongada.

EN QUE CONSISTE LA TRAQUEOSTOMIA

La técnica consiste en el abordaje de la tráquea con una incisión en el cuello, para mostrar los anillos traqueales cartilaginosos duros que forman la pared externa de la tráquea y que finalmente el cirujano corta uno o dos de ellos e inserta el tubo de traqueotomía que se conecta a los tubos de ventilación..

RIESGOS DE LA TRAQUEOSTOMIA

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, como otros específicos del procedimiento.

- Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de herida quirúrgica, dolor prolongado en la zona de la operación, aire en los tejidos circundantes.
- Poco frecuentes y graves: lesión de vasos sanguíneos del cuello, embolia gaseosa, neumotórax.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico : tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

Él médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención quirúrgica.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En su caso, la mejor opción es la cirugía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

S F O R M U L A R I O P A R A R E G I S T R O



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-21

Traqueostomía

Rev. 03

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención puede ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO:

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **TRAQUEOSTOMÍA**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **TRAQUEOSTOMÍA**.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir, ante ninguna circunstancia con la **TRAQUEOSTOMÍA**, asumiendo toda responsabilidad ante Cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza, que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____