

Consentimiento Informado CIRUGÍA TORACO PULMONAR

Nombre del PACIENTE: _____

Nombre del REPRESENTANTE LEGAL: _____

Nombre del Médico: _____ Fecha: _____

Objetivo

La operación que se me va a efectuar requiere de una toracotomía a través de la cual se va a extirpar (resección) una parte de mi pulmón para resolver la presencia de un tumor.

Características

Comprendo que este procedimiento quirúrgico hace necesaria la realización de una sección de vasos pulmonares y de bronquio, y de una sutura bronquial.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado, pudiendo en algunos casos ser necesaria una resección pulmonar mayor que la planificada.

Se me ha advertido que el procedimiento requiere de anestesia general y que es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Riesgos

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 tales como:

- Hemorragia intraoperatoria
- Arritmias intraoperatorias
- Problemas de reexpansión pulmonar post operatorio
- Hemorragia post operatoria
- Fístula del bronquio
- Dolor prolongado en la zona de la operación

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero que en algunos casos pueden llegar a requerir una reintervención de urgencia.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales que esté consumiendo o cualquier otra circunstancia.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGIA TORACO PULMONAR**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal