

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA ENDOLARINGEA POR SUSPENSION**

FECHA:.....

**DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha explicado que estos procedimientos es una cirugía programada que se realiza con un laringoscopio rígido que se introduce por la boca. Los instrumentos utilizados a través del tubo y bajo control microscópico o endoscópico permiten la cirugía sobre las cuerdas vocales o la zona a explorar. Habitualmente la técnica es bien tolerada y de corta duración. Es muy importante hacer reposo vocal, es decir, no hablar en un período de 5-7 días para permitir la cicatrización adecuada de la zona operada.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado. Puede asociarse a operación sobre los cornetes nasales cuando estos participan en la obstrucción nasal.

El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

**BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha informado que esta técnica permite explorar directamente la laringe a través de laringscopia directa por suspensión y realizar el examen y precisar la extensión de una lesión en la laringe y realizar una cirugía sobre las cuerdas vocales (nódulos o pólipos laríngeos) o una biopsia de una lesión que requiera de biopsia.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

En el caso de abstención del tratamiento planteado, habitualmente se mantiene la sintomatología y no se disminuye el riesgo de complicaciones futuras.

**RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO**

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, que pueden ser:

- Riesgos inmediatos: 1. dependiendo de la forma particular del cuello, a veces la exposición de la laringe; 2. debido a la posición en la intervención, puede presentar molestias a nivel del cuello en los días posteriores; 3. Por la introducción del tubo, puede presentar heridas pequeñas en la boca, lengua o incluso, a nivel dentario, con movilización de algún diente que precise extracción; 4. molestias en la laringe tras la cirugía o durante la misma, requiriendo en casos excepcionales intubación traqueal o incluso traqueostomía.

- Riesgos secundarios secundarios: 1. la voz puede cambiar y hacerse mas grave por la presencia de un granuloma o de lesiones cicatriciales; 2. recidiva de la lesión inicial.

- Complicaciones graves: 1. neumotórax; 2. hemorragia importante. Ambas complicaciones son muy excepcionales.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

**RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS**

.....  
.....



DECLARACION Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

Sr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT: .....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

REVOCACION

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente .....  
 .....)  
 REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT:.....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

