

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TURBINOPLASTIA Y/O TURBINECTOMIA O ELECTROCAUTERIZACION DE CORNETES

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 se realizan sobre los cornetes y es una cirugía programada que se realiza a través de los orificios nasales por lo que no deja cicatrices externas, se puede utilizar el láser o la radiofrecuencia para disminuir el volumen del cornete y evitar al máximo la hemorragia. Después de la intervención se puede colocar un taponamiento nasal durante unas 48 hrs.

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 la otitis crónica es una enfermedad inflamatoria infecciosa del oído medio responsable de una Se me ha informado que la turbinoplastia tiene como finalidad la disminución del tamaño del cornete inferior en los casos en los que dicho cornete dificulta la respiración nasal. La turbinectomía es la extirpación total o parcial del cornete inferior, con el mismo fin la electrocauterización se realiza para producir cicatrices que disminuyan el tamaño del cornete.

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. pequeñas hemorragias, tanto por fosas nasales como por faringe, que suele ceder en unas horas, de persistir requiere un nuevo taponamiento; 2 si el taponamiento es con gasa, ésta puede deslizarse por la parte posterior de la fosa nasal provocando sensación de cuerpo extraño y náuseas, se soluciona retirando el taponamiento y colocando otro si es necesario; 3. sensación de sequedad en garganta y de pesadez de cabeza por respirar continuamente por la boca; 4. vómitos sanguinolentos durante las primeras horas por la sangre deglutida; 5. infección en el período postoperatorio; 6. sinequias-bridas entre ambas paredes de las fosas nasales; 7. persistencia de insuficiencia respiratoria nasal o aparición de cierta sequedad nasal o formación de costras; 8. aparición de hiposmia (disminución del olfato) y una atrofia nasal a largo plazo; 9. si se utiliza láser, pueden producirse quemaduras en la pirámide nasal o en zonas de la cara próximas.

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:.....

