

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UVULOPALATOFARINGOPLASTIA

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACION

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

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que los adenoides son similares a las amígdalas y están situados en la parte posterior de la nariz. Su crecimiento (hipertrofia) o su infección crónica es frecuente en los niños, La extirpación (operación) de los adenoides se indica en caso de obstrucción nasal persistente y/o en caso de infecciones repetidas de los adenoides que provoca otitis o moco persistente en uno o ambos oídos (mucositis timpánica) y/o de sinusitis crónica. Este procedimiento es una cirugía programada que se efectúa con la ayuda de instrumental que se introduce por la boca y permite la extirpación de la mayor parte del tejido adenoideo, no es posible su extirpación completa por lo que cabe la posibilidad que vuelva a crecer y necesite una segunda intervención.

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.

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 con el tratamiento indicado se busca y espera sacar el foco infeccioso (amígdalas), aliviar la obstrucción respiratoria. La cirugía deja una herida en la garganta la cual demora en cicatrizar 7 - 10 días, período en el cual debe seguir estrictamente las indicaciones de su médico.

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. sangramiento persistente (dentro de las 4 a 6 horas siguientes de la intervención a días), que puede requerir revisión quirúrgica (reoperación); 2. episodios infecciosos de nariz, garganta o una otitis por infección del tejido operado. 3. por uso de instrumentos a través de la boca pueden producirse pequeñas heridas en labios o lengua e incluso movilización de un diente.

-Riesgos secundarios: 1. después de la cicatrización puede observarse cambios de voz debido a escape de aire a nivel del velo del paladar; excepcionalmente requieren tratamiento foniátrico. 2. Infecciones u otitis después de operados, habitualmente poco frecuentes.

-Complicaciones graves excepcionales: 1. aspiración de sangre durante la intervención puede ser responsable de infección pulmonar. 2. infección de tejidos cervicales a través de los tejidos operados (flegmón cervical), es rara, cursa con fiebre alta, dolor de cuello y alteración de la movilización, de acudir a urgencia para evaluación. 3. hemorragias tardías por caída de costras o escaras.

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:.....

