

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE GLÁNDULAS PARATIROIDES

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS

- El Doctor me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende evitar los problemas que el excesivo crecimiento de una o varias glándulas paratifoideas puedan representar para mi organismo, así como controlar los niveles hormonales y la posible afectación de otros órganos vecinos y a distancia.

PROCEDIMIENTO

- Se me ha explicado que, a través de una incisión en el cuello, se pretende la extirpación total o parcial de las glándulas paratiroides (una o todas).

CARACTERÍSTICAS

- En ciertas ocasiones, si está indicado y la extirpación es completa, se puede valorar realizar un autotransplante glandular o criopreservación.
- En algunas circunstancias según la localización de las glándulas paratiroides, es necesario extirpar una parte de la glándula tiroides.
- En algunos casos, poco frecuentes, no es posible localizar todas las glándulas, siendo necesario una segunda operación.
- 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.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

- Es posible que la alteración hormonal se pudiera controlar con tratamiento médico indefinido, pero no así el excesivo crecimiento de la glándula ni, en su caso, las posibles complicaciones sobre otros órganos vecinos o a distancia.
- En mi caso particular, se ha considerado que en la actualidad, éste es el tratamiento más adecuado, no existiendo una alternativa eficaz.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS 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.
- Riesgos poco graves y frecuentes: 1. infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica. 2. calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento 3. alteraciones transitorias de la voz. 4. alteraciones transitorias de la deglución. 5. dolor prolongado en la zona de la operación.
- Riesgos poco frecuentes y graves: 1. hematomas importantes del cuello. 2. alteraciones permanentes de la voz. 3. alteraciones permanentes de las paratiroides. 4. recidiva de la enfermedad.
- 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.

DECLARACIÓN 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.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (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

REVOCACIÓN

- 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