

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UVULOPALATOFARINGOPLASTÍA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente..... Edad:.....

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

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- 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.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- 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.

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 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.

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:

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:.....