

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NASOFARINGOLARINGOSCOPIA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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

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

DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS

- Se me ha informado que este procedimiento es un examen diagnóstico, invasivo y ambulatorio, realizado por un médico especialista otorrinolaringólogo y que permite visualizar las fosas nasales, rino, oro e hipo faringe y la laringe; en ocasiones se puede ingresar al esófago cervical.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Se me ha explicado que el procedimiento consiste en la introducción de un nasofibroscopio flexible por la fosa nasal hasta la faringe.

CARACTERÍSTICAS

- La técnica consiste en la introducción de un nasofibroscopio flexible por la fosa nasal.
- Permite visualizar las fosas nasales, rino, oro e hipo faringe y la laringe; en ocasiones se puede ingresar al esófago cervical.
- Se me ha explicado que para este procedimiento se me aplicará un anestésico local en spray en las fosas nasales para luego ingresar el nasofibroscopio flexible por la fosa nasal hasta la faringe.
- El procedimiento requiere de uso de anestésico local y eventualmente de sedación, medicamentos de uso intramuscular o endovenosos que lo dejarán somnoliento y relajado.
- Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

- Los tratamientos que se pueden realizar a través de ella son alternativas seguras a las intervenciones quirúrgicas habituales.

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.
- Otros específicos del procedimiento, que pueden ser, aunque muy excepcionales: 1. Epistaxis (sangrado nasal). 2. Reflejo vagal y síncope (desmayo). 3. Espasmo laríngeo (trápicamiento). 4. Sensación de irritación nasal o faríngea por hasta algunas horas.
- 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).
 RUT.
 Firma:

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