

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TURBINOPLASTÍA Y/O TURBINECTOMÍA O ELECTROCAUTERIZACIÓN DE CORNETES

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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

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

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que la turbinoplastía 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.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- 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.

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. 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.

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: