

Consentimiento Informado

Nasofaringolaringoscopia

Fecha: _____

Datos de Identificación:

Nombre y apellidos del paciente: _____ Edad: _____

Nombre y apellidos representante legal: _____

Descripción del Procedimiento:

- 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 endovenos que lo dejarán somnoliento y relajado.
- 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 este procedimiento es un examen diagnóstico, invasivo, ambulatorio, realizado bajo anestesia tópica 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.

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, como 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.

Riesgos Personalizados y Otras Circunstancias :

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

Dr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

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. al equipo médico y firmar su revocación.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

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: _____

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

Fecha: _____

- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.