



FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

FIBROBRONCOSCOPIA



Solicitamos a usted, lea atentamente este documento para que decida libremente si acepta o rechaza efectuarse el procedimiento indicado.

INFORMACION ACERCA DEL PROCEDIMIENTO:

La Fibrobroncoscopia consiste en introducir a través de la nariz o boca un tubo flexible (Fibrobroncoscopio), que permite al médico ver el árbol bronquial por dentro y tomar muestras de secreciones o tejidos para su análisis, con la finalidad de diagnosticar la enfermedad causante de sus molestias.

Las observaciones realizadas por el médico pueden ser filmadas, para tener un registro del estudio realizado. El procedimiento se realiza utilizando sedación y anestesia local en la zona de paso del fibrobroncoscopio.

RIESGOS Y COMPLICACIONES:

A pesar de la correcta realización de la técnica, ningún procedimiento está absolutamente libre de riesgos y pueden presentarse efectos indeseables comunes y tratables. Los más frecuentes son:

1. Dolor de garganta, ronquera, tos.
2. Fiebre transitoria.
3. Náuseas, mareos.
4. Expectorcación con pequeñas cantidades de sangre que puede durar pocos días y que no representa un riesgo para la vida.

Complicaciones menos frecuentes pero más graves son:

1. Hemorragia de la vía aérea baja,
2. Alzas de la presión arterial,
3. Reacción alérgica severa al anestésico local
4. Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón),

Complicaciones excepcionales son:

1. Arritmias
2. Falla cardíaca o respiratoria como consecuencia de la sedación.

RIESGOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A SU CONDICION CLINICA:



FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

FIBROBRONCOSCOPIA



OTRAS ALTERNATIVAS:

Actualmente no existe una mejor alternativa para su diagnóstico o tratamiento, por lo que su médico considera que éste procedimiento es lo más recomendado en su caso y confía en que el beneficio que obtendrá supera los posibles riesgos o complicaciones, que de presentarse, podrán ser atendidas en nuestra institución, la que dispone de las instalaciones, protocolos de atención y personal calificado para detectarlas y tratarlas oportunamente.

Habiendo leído el presente documento, declaro que:

He recibido y comprendido la información sobre el procedimiento que se me va a realizar, así como los riesgos y molestias que produce.

He podido hacer preguntas y aclarar mis dudas.

He sido informado que puedo revocar mi consentimiento antes del procedimiento, sin que esto perjudique mi atención.

En consecuencia, (por favor marque con una cruz su elección)

Doy mi consentimiento para la realización del procedimiento

Rechazo la realización del procedimiento

Nombre y Apellidos del Paciente	Rut	Firma Paciente
---------------------------------	-----	----------------

Nombre y Apellidos Representante	Parentesco	Firma Representante
	Rut	

Nombre y Apellido del Profesional	Rut	Firma del Profesional
-----------------------------------	-----	-----------------------

FECHA APLICACIÓN: