

Documento de consentimiento informado para traqueobroncoscopia

Pegatina con los datos personales y de identificación del niño a intervenir

Don/Doña _____, con domicilio en _____, c/.

Y con el DNI número _____ en calidad de _____ del niño _____, con la historia clínica nº _____

DECLARO

Que el Dr./Dra. _____ me ha informado de la necesidad de proceder a realizar una traqueobroncoscopia a mi hijo/a, procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que consiste en una exploración visual de la mucosa de la tráquea y vías bronquiales superiores.

1. El propósito principal de la intervención es explorar la mucosa y el contenido del árbol tráqueobronquial, obteniendo muestras o biopsias o cuerpos extraños, según proceda en cada caso.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención consiste en introducir un tubo rígido por la boca hasta la tráquea y árbol bronquial, que permita mantener oxigenado y anestesiado al niño, observar el contenido bronquial y eventualmente extraer muestras del mismo. Así, en el curso de la exploración puede ser necesario realizar procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (tomar pequeñas muestras de tejido . biopsia para analizarla al microscopio, citología y toma de cultivo) como terapéuticos (aspiración de secreciones, lavado broncoalveolar y extracción de cuerpo extraño). La utilización de un broncoscopio flexible puede ser útil en exploraciones bronquiales distales o en casos especiales (localización de fistulas traqueoesofágicas, valoración de estridor, traqueomalacia, etc.).
4. Dadas las características complejas del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.
5. No existe alternativa terapéutica eficaz a la traqueobroncoscopia, salvo mantener el tratamiento médico indicado según la sintomatología del niño.
6. Las complicaciones pueden ser las derivadas de la exploración: hipertensión, reacciones alérgicas, edema laríngeo, broncoespasmo, hemorragia, perforación, parada cardiorrespiratoria, además de infecciones postoperatorias. Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.
7. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

8. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son: _____

9. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario

10. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de traqueobroncoscopia de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

Por todo ello

DOY MI CONSENTIMIENTO

Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra

D.N.I.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Firma autorizada:

VºBº niño

Fecha: , a de de 2.....

Médico informante

Dr./Dra. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

NºCol. / C.N.P.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Firma:

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre de la persona que NO AUTORIZA Médico Informante Testigo (Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)
Sr/Sra.....

DNI :

Firma:

Fecha: , a de de 2.....

Médico informante

Dr/Dra.....

CNP/NºCol:.....

Firma:

Testigo

Sr/Sra.....

DNI :

Firma:

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento firmado en la fecha 0 0 0 0 0 0 0 0, y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.

Nombre : 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Dr./Dra. 0 ... 0 0 0 0

Firma:

Firma:

Fecha: , a de de 2.....