

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA MEDIASTINOSCOPIA CERVICAL**

Nº de Historia:

Don/Doña:....., deaños de edad,

(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI:

(Domicilio del paciente)

Don/Doña:....., deaños de edad,

(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI:

(Domicilio del representante legal)

En de calidad de

(Representante legal, familiar o allegado)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

del Servicio de Cirugía Torácica/Neumología, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar la intervención quirúrgica consistente en la obtención de biopsias a nivel del mediastino.

1.- Mediante este procedimiento se podrá realizar posteriormente el tratamiento más adecuado a la lesión que tengo. Para realizarlo se hace una incisión en la piel del cuello de unos 3 cm para introducir una óptica y explorar el espacio que existe alrededor de la tráquea. En ocasiones esta exploración hay que extenderla hacia el lado izquierdo donde se encuentra la arteria pulmonar izquierda y la aorta (mediastinoscopia cervical extendida). Otras veces es necesario realizar una segunda incisión en la parte anterior del tórax, para una mejor visualización de esa zona (mediastinotomía anterior izquierda).

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible (excepcionalmente) que durante, o después, de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de hematología y anestesiología.

3.- 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: sangrado por lesión de arterias o venas mediastínicas que obligarían a realizar una esternotomía o toracotomía. Otras complicaciones pueden aparecer por lesiones de nervios situados en la vecindad, cuya lesión podría provocar alteraciones en la voz; infección superficial de las heridas, dolor en la zona de la operación, infección de la cavidad pleural y del mediastino.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

4.- Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:
.....
.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que en cualquier momento, y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice **MEDIASTINOSCOPIA CERVICAL**.

En

a

(Lugar)

(Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña , de, años de
edad

(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y DNI.....

.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña , de, años de
edad

(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en y DNI.....

.....
(Domicilio del representante legal)

en calidad de....., de

.....
(Representante legal, familiar o allegado)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En

a

(Lugar)

(Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado