FORMULARIO PARA REGISTRO		
HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR *Más que una Clínica*	**CONSENTIMIENTO INFORMADO** Tiroidectomía	FL-CDM-47 Rev.04

Sr./ Sra._____de _____años de edad, Rut_____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra._____de _____años de edad, Rut_____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de ._____de _____
(Parentesco) **(1er Nombre y dos apellidos del paciente)**

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

_____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende extirpar y analizar nódulos sospechosos de malignidad, evitar el crecimiento excesivo de la glándula, afectación de los órganos vecinos y a distancia y/o controlar los niveles hormonales.

CARACTERÍSTICAS DE LA TIROIDECTOMÍA **(En qué consiste)**

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación total o parcial de las glándulas tiroides, según el tipo de afectación a través de una incisión en el cuello. En la mayoría de los casos, la extirpación produce una disminución de las hormonas necesitando tratamiento sustitutivo permanente. A veces, el resultado definitivo de la biopsia recomienda una reintervención para extirpar el resto de la glándula. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS POTENCIALES DE LA TIROIDECTOMÍA

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

- Poco graves y frecuentes: infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento, alteraciones transitorias de la deglución, alteraciones transitorias de la voz, dolor prolongado en la zona de la operación.

- Poco frecuentes o graves: hematomas importantes del cuello, alteraciones permanentes de la voz, alteraciones permanentes de las paratiroides, recidiva de la enfermedad.

- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.,) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.
Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.
De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En caso de alteración hormonal, la alternativa podría ser el tratamiento médico indefinido o con yodo-131 en el resto de los casos no existe alternativa terapéutica eficaz siendo la mejor opción la cirugía.
He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.
Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

COPIA CONTROLADA

FORMULARIO PARA REGISTRO		
HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR *Más que una Clínica*	CONSENTIMIENTO INFORMADO Tiroidectomía	FL-CDM-47 Rev.04

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior ☐

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a)_____me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Tiroidectomía**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Tiroidectomía**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____de _____de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar_____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra._____de _____años de edad, Rut_____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra._____de _____años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de ._____de _____
(Parentesco) **(1er Nombre y dos apellidos del paciente)**

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Tiroidectomía** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____de _____de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar_____

Nombre Médico_____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra._____de _____años de edad, Rut_____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra._____de _____años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de ._____de _____
(Parentesco) **(1er Nombre y dos apellidos del paciente)**

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha_____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

_____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____de _____de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar_____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico**_____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

COPIA CONTROLADA