

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CIN-08

Punción Aspirativa Transtimpánica en Niños

Rev. 01

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

Es una cirugía que se realiza para tratar una enfermedad llamada OTITIS MEDIA CON EFUSION que consiste en la persistencia de líquido en el oído medio, con episodios de otitis media aguda recurrente o una OTOPATIA ADHESIVA, es decir una alteración de la membrana timpánica, en la que el tímpano, se ha retraído con riesgo de generar un daño irreversible en la membrana y/o en la cadena de huesecillos. La ventaja esperable en esta cirugía es la mejoría de la audición, disminución de los riesgos de retracción de la membrana timpánica y disminución de los episodios de otitis media aguda.

CARACTERÍSTICAS DE LA PUNCIÓN ASPIRATIVA TRANSTIMPANICA EN NIÑOS (En qué consiste)

Consiste en realizar bajo visión microscópica con una pequeña incisión en el tímpano, que a través de la cual se aspira el contenido del oído medio y se coloca un pequeño tubo de drenaje, para evitar que éste se cierre, permaneciendo en ese lugar un tiempo variable, que suele oscilar entre seis meses y un año.

- La intervención puede realizarse bajo anestesia general o local dependiendo de la colaboración del paciente.
- Tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, así como la salida de secreciones de aspecto mucoso o sanguinolento.
- El paciente permanecerá unas horas hospitalizado y los controles se realizarán de forma ambulatoria en las consultas externas de su médico.
- Como norma general, mientras lleve colocado el tubo de ventilación deberá evitar que penetre agua en el oído, para evitar infecciones.

RIESGOS POTENCIALES DE LA PUNCIÓN ASPIRATIVA TRANSTIMPANICA EN NIÑOS

En general son poco frecuentes, pero se pueden percibir pequeñas hemorragias, infección en el oído con dolor y supuración, rechazo y expulsión del tubo de drenaje, introducción del tubo en el oído medio, formación de colesteatoma tardío (introducción de piel al interior del oído medio) y la aparición de una perforación residual

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En caso de persistir esta condición por más de seis semanas no se ha descrito un tratamiento alternativo efectivo. Para la otopatía adhesiva no existe otra alternativa terapéutica y se debe realizar una evaluación periódica del oído para advertir la presencia de un colesteatoma. En caso de NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN, el paciente continuará con su pérdida de audición pudiendo, además, sufrir episodios inflamatorios agudos o, incluso la evolución de su otitis hacia otras formas de enfermedad del oído medio.

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.

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

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Punción Aspirativa Transtimpánica en Niños

FL-CIN-08

Rev. 01

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 **Punción Aspirativa Transtimpánica en Niños**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Punción Aspirativa Transtimpánica en Niños**

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 **Punción Aspirativa Transtimpánica en Niños** 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)

REVOCAACION:

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)