

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-END-04

Broncoscopia

Rev.02

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: \_\_\_\_\_

### INFORMACION GENERAL

- Es un procedimiento que, mediante la introducción por nariz o boca de un tubo flexible con cámara en su punta, permite la visualización y exploración del árbol bronquial .y toma de muestras de secreciones o tejidos para su análisis si corresponde
- Se realiza en una sala especialmente equipada, se utiliza anestesia local y analgésicos y sedantes inyectables para disminuir las molestias ocasionadas por el procedimiento
- La duración del examen es breve, no suele durar más de media hora, la mayor parte del tiempo corresponde a preparación y pre medicación.
- Puede ser necesario tomar biopsia para exámenes diferidos. Que tendrán un costo adicional.
- Todas esas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos que se describen se reduzcan al máximo.

### OBJETIVO

Explorar la vía respiratoria (laringe, tráquea y el árbol bronquial)

### CARACTERÍSTICAS DE LA BRONCOSCOPIA (En qué consiste)

- Con el paciente acostado y tras anestesia de la zona de entrada, se introduce el broncoscopio a través de fosas nasales o boca. Se usa anestesia local en las zonas de paso (nariz, laringe, tráquea y bronquios).
- Tras visualizar todos los bronquios e identificar las posibles lesiones se procede a la toma de muestras o extracción de cuerpos extraños si procede.
- Las muestras pueden ser obtenidas mediante diferentes técnicas (aspirado bronquial, lavado broncoalveolar, biopsia, etc.) dependiendo de la zona a analizar y en ocasiones puede ser necesario el uso de radioscopia externa.
- Una vez finalizado el procedimiento, se acomoda al paciente, según sedación administrada, se traslada a recuperación por un período aproximado de 45-60 min.

### RIESGOS POTENCIALES DE LA BRONCOSCOPIA

- El procedimiento precisa de anestesia local en la zona de paso del broncoscopio y pueden utilizarse fármacos sedantes intravenosos. La anestesia local tiene muy bajo riesgo de reacción alérgica grave y la sedación endovenosa puede producir depresión de la función cardiorrespiratoria que puede llegar a ser grave. Estas complicaciones se previenen con la monitorización utilizada y se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir otros procedimientos de urgencia
- También pueden presentarse efectos indeseables menores como disfonía, tos, fiebre pasajera, dolor local, náuseas o mareos y expectoración de pequeñas cantidades de sangre, que suelen remitir solas y no representan un riesgo para la vida.
- Con menor frecuencia (menos del 1%) pueden producirse complicaciones mayores como hemorragia, hipotensión, hipertensión, neumotórax (colapso pulmonar) o excepcionales como arritmias o paro cardiaco, depresión o paro respiratoria, isquemia cerebral aguda que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico incluyendo un riesgo de mortalidad (menos del 0,1%).

Asimismo me ha explicado que, en mi caso particular, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo raza, profesión, credo religioso, etc.) existen los siguientes riesgos adicionales: (rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Me ha informado también sobre las posibles alternativas a este procedimiento, como intervenciones quirúrgicas con anestesia general en algunos casos.

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el procedimiento que se me propone

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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-END-04

Broncoscopia

Rev.02

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

### 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 **Broncoscopia**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Broncoscopia**.

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 **Broncoscopia** 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)