CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA
TIMECTOMÍA

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre Paciente:_____

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.
En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarle a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.
Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.
Usted debe saber que todos los profesionales de Clínica Vespucio que participarán en la intervención ponen la mayor diligencia y entrega en su atención.
Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Mediante este procedimiento, se pretende curar o mejorar los síntomas derivados de la Miastenia Gravis pudiendo disminuir y en el mejor de los casos suspender la medicación que está tomando. Esta mejoría puede demorarse unos meses después de la intervención quirúrgica y es paulatina, cuando se produce.

Cuando se diagnostica un tumor o un aumento de tamaño del Timo (glándula situada entre los dos pulmones) en los pacientes con Miastenia Gravis, está indicada la extirpación de dicha glándula para controlar mejor la enfermedad.

El médico me ha indicado que para la realización de esta cirugía puede ser necesaria una preparación mediante un tratamiento con inmunoglobulinas o una plasmaféresis que extrae los "productos tóxicos" producidos por la enfermedad (anticuerpos) que se encuentran en la sangre.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios o complicaciones, como cambiar el abordaje (por ej. cambiar desde una videotoracoscopía unilateral a una bilateral o a un abordaje transesternal).

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su adecuada realización pueden presentarse complicaciones y efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos: posibilidad de presentar infecciones de la herida operatoria, reacciones alérgicas, hemorragias que requieran de una nueva intervención o desarrollar cicatrices hipertróficas (mayores a las habituales), dificultad para despertar en el postoperatorio necesitando en estos casos ventilación mecánica e ingreso en la UCI, dolor en la zona operatoria, neuritis intercostal postoperatoria, hemorragia dentro del tórax, infección de la cavidad pleural o del pulmón. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico y/o no invasivo, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, lo que conlleva un riesgo de mortalidad y mayores costos pecuniarios.

Se requiere del uso de anestesia, la que será determinada por el médico anestesista atendida las características, beneficios y riesgos para el paciente. Es también importante que usted sepa que en ocasiones, es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados (derivados de la sangre).

Eventualmente podría ser necesario trasladarlo a una unidad de tratamiento intensivo o intermedio dentro de la Clínica o a otro centro hospitalario.

El tiempo de duración del postoperatorio y la hospitalización dependerá de las características particulares de cada paciente y de la intervención quirúrgica.

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.

Es importante tener presente que los pacientes con enfermedades crónicas, metabólicas (como diabetes, obesidad) o cardiovasculares tienen un mayor riesgo quirúrgico, sobre el particular se puede solicitar mayor información al médico.

Declaro que se me ha explicado en detalle y que conozco y he comprendido la intervención a la cual seré sometido, sus fines, riesgos que involucra, las posibles complicaciones, efectos colaterales y daños que puedan producirme.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.
Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____
_____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la información que se me ha entregado sobre cirugía de Timectomía, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto. Entiendo que en caso que mi revocación se produzca una vez iniciada la intervención, ésta podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica y que serán de mi cargo los gastos en que se haya incurrido.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE TIMECTOMÍA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Obtención de Consentimiento	FECHA	**HORA**
Fecha de realización del Procedimiento o I.Q.		
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		
Nombre, R.U.T. y Firma Paciente/ Representante Legal		

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza Procedimiento)