

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
LA REALIZACIÓN DE UNA VIDEO FIBROBRONCOSCOPIA con o sin EBUS**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

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 el procedimiento 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 solicitarlo 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 del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN****Objetivos Del Procedimiento:**

Su objetivo es estudiar todas las alteraciones que pueden afectar los pulmones y estructuras vecinas incluyendo las vías respiratorias, pulmones y mediastino. Es un examen de apoyo al diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades broncopulmonares. Mediante este procedimiento se puede observar en directo las distintas estructuras que conforman el aparato respiratorio; y de este modo permitir al médico (broncopulmonar) confirmar diagnóstico, extraer muestras (Biopsia) y detener hemorragias, entre otros.

**Descripción De Procedimiento:**

La broncoscopia es un examen ampliamente usado en Chile y en el resto del mundo, consiste en la introducción de un instrumento flexible dotado de una fibra óptica y un canal de trabajo llamado Video Fibrobronoscopio, el cual pasa a través de la boca o fosas nasales para alcanzar las vías respiratorias que incluyen glotis, tráquea, bronquios principales y segmentarios, realizando a través de ellos la toma de muestras para hongos, virus, bacterias, así como células alveolares. También se pueden obtener muestras de tejido pulmonar (biopsias bronquiales o transbronquiales) ya sean porque fueron solicitadas por el médico tratante o porque se visualizaron lesiones o alteraciones durante el procedimiento a las cuales se justifica tomar dichas biopsias durante el mismo procedimiento, evitando diferirlas. También puede incluir el uso de endosonografía bronquial (**EBUS**) que permite la obtención segura de muestras procedentes de ganglios mediastínicos o lesiones pulmonares periféricas.

Para realizar el examen se debe administrar un medicamento endovenoso para tranquilizar y dormir parcialmente al paciente, además de un anestésico local en la faringe y/o fosas nasales para minimizar molestias por la introducción del broncoscopio.

**Riesgo Del Procedimiento:**

Tiene un bajo porcentaje de complicaciones o alteraciones secundarias. Los beneficios de este examen superan ampliamente la eventualidad variable de presentar post procedimiento, como:

- Dolor al tragar
- Expectoración con sangre especialmente si se realizan biopsias, y en algunos casos esta hemorragia puede ser de cuantía suficiente como para dejar en observación u hospitalizado, (infrecuentemente ocurre).
- Náuseas
- Mal sabor en la boca y ansiedad que son transitorias.

**También tiene algunos riesgos mayores**, pero de muy baja frecuencia entre los que hay que destacar:

- Hemorragias
- Arritmias
- Depresión respiratoria
- Neumotórax (entrada de aire al espacio pleura) que ocurren en 1 de cada 100 procedimientos.

Hay que tener presente que en caso de complicaciones mayores usted puede requerir hospitalización e incluso cirugía de urgencia. Sin embargo, la clínica cuenta con el personal y los implementos necesarios para enfrentarlas.

Es importante que usted informe de sus alergias y otras enfermedades para que su médico evalúe los riesgos.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

#### 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 (prematurez, 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 hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de **Video Fibrobroncoscopia**, 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.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE VIDEO FIBROBRONCOSCOPIA,** 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.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)