

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Apellidos: _____

Nombre del médico: _____

Nombre: _____

Servicio: CIRUGIA TORACICA _____

Núm. H.C. _____

Como paciente, tiene derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados de la INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: _____

El propósito de este documento es informarle, para que pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o rechazar el citado procedimiento. En este sentido, le comunicamos que informarle y solicitar su autorización, siempre que la urgencia lo permite, es una norma de obligado cumplimiento para el médico que le atiende, de conformidad con la legislación vigente.

DECLARO

1. Estar satisfecho/a con la información que he recibido sobre la necesidad de que se me realice el procedimiento.

2. Que consiste en:

3. Que tiene como objetivos:

- Diagnóstico
- Tratamiento
- Paliación (mejoría) sintomática

4. La anestesia será necesaria y será del tipo:

5. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse complicaciones, que éstas pueden afectar a todos los órganos y sistemas, que pueden ser graves, y que conllevan riesgo de mortalidad.

El riesgo a sufrir complicaciones y la gravedad de las mismas aumenta con la edad, con la complejidad del procedimiento y por la presencia de co-morbilidad.

El tratamiento de la/s complicación/es puede llegar a requerir una reintervención, en ocasiones de urgencia.

6. Los efectos indeseables propios de cualquier intervención son: dolor inmediato, infección, hemorragia, intolerancia al material de sutura,

alteraciones de la cicatrización, dolor prolongado en la zona de la operación.

Los efectos indeseables propios de esta intervención son:

Los factores de riesgo en relación con mis circunstancias personales son:

6. Los beneficios del procedimiento escogido son:

7. Los procedimientos alternativos y sus riesgos son:

8. Los efectos previsibles de no hacer ninguno de los procedimientos explicados son:

9. Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas y otras, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

10. La información me ha sido explicada de forma comprensible y mis preguntas han estado contestadas.

POR TANTO

☐ **Doy mi consentimiento a la práctica del procedimiento que se me propone.**

Firma del médico

Firma del paciente

Firma del representante legal o traductor jurado*

Dr./a. _____

Sr./a. _____

Sr./a. _____

N.Col. _____

D.N.I. _____

D.N.I. _____

Barcelona, a.....de.....de

☐ **He decidido, no autorizar la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.**

Firma del médico

Firma del paciente

Firma del representante legal o traductor jurado*

Dr./a. _____

Sr./a. _____

Sr./a. _____

N.Col. _____

D.N.I. _____

D.N.I. _____

Barcelona, a.....de.....de

* En caso de incapacidad del paciente y/o minoría de edad, especificando la causa de incapacidad: _____

Las muestras biológicas y las imágenes que se obtengan en mi proceso de atención pueden ser conservadas y utilizadas en tareas de docencia preservando el anonimato y en tareas de investigación autorizadas por el Comité Ético de Investigación Clínica (marque su selección con el signo X): SÍ NO

Información adicional en el texto adjunto: SÍ NO