

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: EL DRENAJE DE UN ABSCESO PERIAMIGDALIANO

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

El absceso periamigdalino es un cúmulo de pus que se produce por detrás de la amígdala, como complicación de una amigdalitis. Su curación requiere la evacuación de dicho pus.

CÓMO SE REALIZA

En adultos, la intervención se realiza con anestesia local. En niños, requiere una anestesia general. El anestesista estudiará su caso y le informará al respecto.

Tras anestesiar la zona, se practica una pequeña incisión en el paladar y, a través de ella, se aspira el pus.

Además, es necesario administrar antibióticos por vía intravenosa hasta la completa curación del proceso. Por este motivo, deberá permanecer ingresado en el hospital durante unos días.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Desaparición del dolor.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Curación del absceso.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

El drenaje quirúrgico es la única forma de curación de los abscesos periamigdalinos. Los antibióticos, aunque necesarios, por sí solos no logran la curación.

La NO REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN impedirá la curación del absceso que se podrá extender a otras zonas del cuello y del tórax produciendo graves complicaciones.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

• LOS MÁS FRECUENTES:

- Sangrado leve en la zona de la incisión, que cede espontáneamente en pocos minutos.

• LOS MÁS GRAVES:

De forma excepcional puede producirse:

- Una hemorragia importante que obligue a extirpar la amígdala o a tener que operar el cuello del paciente para ligar la arteria carótida externa (que es la encargada de llevar la sangre a las amígdalas).
- La aspiración de pus que pasa a las vías respiratorias, pudiendo producir una infección en las mismas (neumonía por aspiración).

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

 SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

 SI NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para
mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la
salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las
consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....