

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) RESECCIÓN PLEURAL o EXTIRPACIÓN PLEURAL

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

Puede usted retirar 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.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La resección pleural parcial consiste en la extirpación de una parte de la superficie pleural para evitar el derrame pleural recidivante o la acumulación de líquido en la pleura y aliviar, de este modo, el dolor que usted siente.

La pleura envuelve o tapiza los pulmones y la caja torácica por dentro. Generalmente la parte de pleura que se extirpa no es la que envuelve los pulmones, si no el interior de la caja torácica.

La resección pleural completa consiste en la extirpación de toda la superficie de la pleura.

La neumonectomía extrapleural es la extracción en bloque de la pleura, el pulmón, el diafragma y la parte del pericardio (saco que rodea al corazón) del lado afectado y que tienen que ser reconstruidos normalmente con material protésico.

Tanto la resección pleural completa, como la neumonectomía extrapleural, persiguen, además del control del derrame y del dolor, la eliminación de los tumores visibles a simple vista, dentro de un tratamiento combinado (generalmente con radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia) para así prolongar la vida del enfermo. De no realizarse la intervención propuesta, el control de los síntomas sería más difícil y la enfermedad progresaría más rápidamente.

La elección de la intervención depende de la extensión de la enfermedad, el estado general y de lo que usted decida. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento para proporcionar el tratamiento más adecuado.

CÓMO SE REALIZA:

Estos procedimientos requieren la administración de anestesia general, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y hemoderivados, de cuyos riesgos se informa en los documentos de los servicios de anestesia y hematología.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Cicatriz torácica. Molestias postoperatorias que pueden ser severas tanto en intensidad como en tiempo y requerir intenso tratamiento analgésico. Pérdida de la función muscular y de la sensibilidad. Sustitución del pericardio y diafragma por material protésico. Molestias y alteraciones del aparato digestivo. Posibilidad de que aparezca síndrome de Horner (parpado caído).

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Prolongación de la supervivencia/ curación de la enfermedad. Control de los síntomas.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Las alternativas de tratamiento son la quimioterapia, la radioterapia y la inmunoterapia, solas o combinadas, que pueden paliar la sintomatología, pero que parecen aportar una esperanza de vida más limitada que cuando en el tratamiento combinado se incluye la cirugía.

En su caso:

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:**

El riesgo de mortalidad se incrementa progresivamente, siendo pequeño en la resección pleural parcial y mayor en la neumonectomía extrapleurales, en donde puede alcanzar el 10%. Existe un riesgo moderado de hemorragia, a veces grave, de fuga de aire prolongada (en el caso de resección pleural parcial o completa), de dolor en la zona de la operación y de infección de las heridas. En el caso de neumonectomía extrapleurales, puede aparecer insuficiencia respiratoria, infección de la cavidad pleural y fístula – apertura– del muñón del bronquio, pudiendo requerir reintervenciones. Aunque con escasa frecuencia, pueden lesionarse las estructuras adyacentes a las extirpadas, sobre todo esófago, y vísceras bajo el diafragma.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Hemorragia por lesión de corazón o grandes vasos. La perforación esofágica. La dehiscencia del muñón bronquial de neumonectomía. La infección pleural y generalizada.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES 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.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA
-------------------------	-------------------------------------

2. 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, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___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 conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____ a _____ de _____
 EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

001530

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA
-------------------------	-------------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, 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.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____
