

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA FARINGOLARÍNGEA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La endoscopia faringolaríngea es una técnica que se usa para ver y tratar problemas en la garganta (faringe) y en la laringe, que es donde se encuentran las cuerdas vocales.

Se puede realizar con un fibroscopio, que es un tubo delgado, flexible y con luz, hecho con fibras especiales. Este tubo se introduce por la nariz del paciente hasta llegar a la zona que se necesita observar y/o tratar. El otro modo de realizar esta intervención es con un tubo hueco rígido de metal introducido por la boca.

Estos instrumentos permiten ver con claridad el interior de la garganta y la laringe, iluminar la zona para que el médico pueda trabajar con precisión, aspirar secreciones o sangre, si es necesario.

A través de él se usan herramientas pequeñas para tomar muestras (biopsias), quitar lesiones pequeñas o inyectar medicamentos.

El procedimiento se hace normalmente con anestesia general, y en algunos casos con sedación y anestesia local.

La finalidad de esta técnica es diagnosticar enfermedades en la garganta y la laringe, y también tratar algunas de ellas durante el mismo procedimiento.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Alteraciones de la voz durante unos días.
- Lesiones en las piezas dentarias o en la mucosa de la lengua y boca.
- Salida de sangre por la boca, ya sea del aparato respiratorio o digestivo. Se suelen dar solo en las tomas de biopsias.
- Laringoespasma.
- Dolor y dificultad al tragar de forma temporal.
- Infecciones de la zona (poco frecuente).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Inflamación de la laringe, que puede generar tejido cicatricial (bridas) y provocar estrechamiento de la garganta.
- Enfisema subcutáneo. Solo existe este riesgo, aunque bajo, cuando se toma biopsia.
- Complicaciones cardiovasculares.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Fosas nasales estrechas que impidan la introducción del fibroendoscopio.
- Lesiones de gran tamaño.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "ENDOSCOPIA FARINGOLARÍNGEA"

Yo, D./D^a. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

<p>Firma del representante legal:</p> <p>DNI/NIE o pasaporte:</p>	<p>Fdo.: Dr./Dra.</p> <p>Col. Nº:</p> <p>Servicio de</p>
--	---



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
*Servicio de
Otorrinolaringología*

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: