

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Broncoscopia

Paciente	Historia	Habitación
Nombre Paciente:		
Dr:		
C.I.A.:		
Planta:		
F. Ingreso:	F. Nacimiento:	

1. INFORMACIÓN SOBRE BRONCOSCOPIA

La *broncofibroscopia* es una técnica que permite ver la tráquea y los bronquios por medio de un tubo flexible que se introduce por la nariz o por la boca. Habitualmente se obtienen muestras para análisis. Se trata de una prueba necesaria para el diagnóstico de gran número de enfermedades del aparato respiratorio. También puede aspirarse secreciones o extraer cuerpos extraños alojados en los bronquios.

El *broncofibroscopio* tiene un diámetro de 5-6 mm, se aplica anestesia local antes de pasarlo por las diferentes zonas del árbol traqueobronquial. La exploración es molesta y resulta incómoda, pero no suele ser dolorosa y generalmente se tolera bien. En algunos casos, sobre todo en personas con ansiedad y temor, se precisará administrar un sedante.

Es prueba habitual en nuestro servicio, y esto nos proporciona una gran experiencia sobre la misma.

2. RIESGOS DE LA BRONCOSCOPIA

Las complicaciones son poco frecuentes. Puede ocurrir: sangrado (generalmente leve) de las zonas por donde pasa el tubo, espasmo de los bronquios, mareos, espasmos de la laringe y alteraciones del ritmo del corazón. En muy raras ocasiones, parada cardiorrespiratoria y es excepcional la mortalidad.

Estos riesgos aumentan en personas con edad avanzada y también si se padecen enfermedades como: Insuficiencia respiratoria, enfermedades del corazón, asma o hipersensibilidad bronquial, disminución de las defensas del organismo o trastornos de estas complicaciones.

En la sala de bronoscopios se dispone de medios para prevenir e iniciar el tratamiento de estas complicaciones.

3. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

Antes de la realización de la prueba: Debe estar en ayunas desde 4 horas antes. Comunique cualquier medicación que esté tomando. Comunique si padece alguna enfermedad de los bronquios (), del pulmón () o del corazón (), Si ha presentado alergias () (y en concreto anestésicos locales). Si sangra con facilidad ().

Después de la realización de la prueba: Durante 2 horas no podrá comer ni beber nada (ni siquiera agua). No podrá conducir su vehículo al volver a su domicilio. Si tiene fiebre moderada (hasta 38°C) o expulsa esputos manchados de sangre horas después, no se preocupe, pues es propio de esta exploración. Si persisten más de 24 horas, debe consultar.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Don/doña..... de.....años de edad, con domicilio en.....,DNI y nº de SIP

Don/doña..... de.....años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente)

He sido informado por el Médico, de las ventajas y riesgos de la exploración denominada broncofibroscopia y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y solicitar aclaración sobre cualquier duda que se me presente.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

DECLARO:

Que el Doctor/a.....me ha explicado que es conveniente / necesario, en mi situación la realización de.....

En..... a de de 2.....

Fdo.: Don/doña..... DNI.....

Fdo.: Dr/a..... DNI.....

Colegiado nº:

5. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... de..... de 2.....y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a de de 2.....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: