**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE BIOPSIA DE LESION NASAL**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**DIAGNÓSTICO:**

«consultation.diagnoses:each(diagnosis)»

* «=diagnosis.disease\_code» «=diagnosis.description»

«consultation.diagnoses:endEach»

**FECHA DE CIRUGÍA:** …………………………

**FECHA DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO:** «=current\_date»

**FOSA NASAL DERECHA:** «=consultation.right\_nostril»

**FOSA NASAL IZQUIERDA:** «=consultation.left\_nostril»

**CIRUGIA PROPUESTA: EXERESIS DE MASA DE FOSA NASAL, MAS BIOPSIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médico Tratante:** «=doctor.pretty\_name» | Reg. ACESS: «=doctor.registration\_acess» |

**IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Dg: MASA DE FOSA NASAL EN ESTUDIO

Doy mi consentimiento al «=doctor.pretty\_name» para la realización de toma de biopsia de la masa nasal en estudio que presento , entiendo que es necesario para poder diagnosticar la patología que presento y poder definir el tratamiento a seguir, sé que puede existir sangrado nasal y de ser necesario se me colocara un tapón nasal anterior y/o posterior, y si fuere necesario sé que podría estar ingresada en hospitalización y o quirófano para control del sangrado.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones con este tipo de anestesia, este aspecto debe también discutirse con el anestesiólogo que administrará la anestesia general.

En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

1. Tras la intervención, se puede presentar una pequeña hemorragia, tanto por las fosas nasales, como por la faringe que suele ceder en unas horas, si la hemostasia -la capacidad de coagulación del paciente- es normal. En caso de persistir la hemorragia, hay que efectuar una compresión local, mediante un taponamiento nasal, si no se ha colocado previamente, o bien sustituirlo por otro que garantice una mayor compresión.
2. En raras ocasiones, se puede deslizar la gasa con la que se ha realizado el taponamiento nasal por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la orofaringe, provocando una sensación de molestias y náuseas que se solucionan retirándolo y colocando otro, si fuera preciso. El taponamiento nasal justifica sensación de sequedad de boca y garganta, que aparecen al tener que respirar continuamente por la boca.
3. Sensación de pesadez de cabeza, durante un periodo de tiempo variable, que puede prolongarse durante varias semanas.
4. Formación de costras nasales, que debe intentar minimizar mediante lavados nasales repetidos.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Yo, «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**FECHA DE REALIZACIÓN DEL PROTOCOLO:** «=current\_date»

He sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas. Se que se me da una prestación de medios y no de resultados.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO/A, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………  CI: «=patient.identity\_card\_number»  **Paciente** | ……………………………………  CI.: «=doctor.registration\_acess»  **Médico** | ……………………………………  CI: ……………………………….  **Testigo** |

YO …………………………………………………… TUTOR LEGAL O FAMILIAR y en calidad de ………………………………….. SOY consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que ASUMO la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………  CI: «=patient.identity\_card\_number»  **Paciente** | ……………………………………  CI.: «=doctor.registration\_acess»  **Médico** | ……………………………………  CI: ……………………………….  **Testigo** |

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma del paciente o representante legal.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** «=patient.name»

**CÉDULA DE IDENTIDAD:** «=patient.identity\_card\_number»

**EDAD:** «=patient.age.years» años «=patient.age.months» meses

**HISTORIA CLÍNICA:** «=patient.medical\_history»

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:** ……………………………………………………

**CI DEL DEL REPRESENTANTE LEGAL:** ……………………………………………………

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO RECOMENDADO POR LA**

**FEDERACIÓN DE SOCIEDADES ORL Y CIENCIAS AFINES DE ECUADOR**