



JULIÁN MOLANO

Otorrinolaringólogo

INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE NASOSINUSOCOPIA

NOMBRE: _____

EDAD _____ DOCUMENTO No: _____

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención denominada NASOSINUSOSCOPIA, así como las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Llamamos NASOSINUSOSCOPIA a un procedimiento que se utiliza para el diagnóstico de las patologías de la nariz y la nasofaringe. Se trata de un endoscopio rígido que se introducirá por la nariz del paciente hasta visualizar la zona a evaluar.

Con frecuencia este método diagnóstico sirve para la toma de biopsias en el territorio que se explora, para la extirpación de pequeñas lesiones en la zona explorada.

Se realiza bajo anestesia local según los casos. En algunos casos se realiza bajo anestesia general como ayuda visual de procedimientos más complejos.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

persistirán las lesiones nasales que la hubieran podido justificar o no se podrá disponer de los elementos de diagnóstico previstos.

BENEFICIOS ESPERABLES

Diagnóstico y tratamiento de las diferentes enfermedades de la nariz y nasofaringe, objeto de esta técnica.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Podría evaluarse los diferentes territorios anatómicos mediante imágenes de radiología sin embargo es el único método disponible en la actualidad para visualizar directamente las diferentes áreas de la nariz. Su cirujano le aconsejará el mejor procedimiento a utilizar.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Generalmente este procedimiento es inocuo para el paciente y se realiza rápidamente.

Lo más frecuente es incomodidad o molestia en la nariz que pasará rápidamente después de realizar el examen.

Eventualmente puede producirse una hemorragia que pueda requerir una nueva intervención.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes del estudio diagnóstico 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 prueba y de las alternativas a esta técnica diagnóstica. 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.


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.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Contacto

jimv01@gmail.com 

322 56 28 / 300 692 28 50 

Calle 32F 75C - 31 Laureles 

www.julianmolano.com

INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE NASOSINUSOCOPIA

NOMBRE: _____

EDAD _____ DOCUMENTO No: _____

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto médico y la estancia en un centro médico son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes del procedimiento.

En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

FIRMADO EN _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
EI PACIENTE

Fdo.: _____
EI MEDICO

TUTOR LEGAL O FAMILIAR


D./D.^a , con
CC: y en calidad de ,
es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

Fdo.: _____
El representante legal

Contacto

jfmv01@gmail.com 

322 56 28 / 300 692 28 50 

Calle 32F 75C - 31 Laureles 

www.julianmolano.com