



JULIÁN MOLANO

Otorrinolaringólogo

INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTROBOSCOPIA LARINGEA

NOMBRE: _____

EDAD _____ DOCUMENTO No: _____

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Llamamos ESTROBOSCOPIA LARINGEA a un procedimiento que se utiliza para el diagnóstico de las patologías de la laringe y la voz.

En este procedimiento se utilizará un lente rígido adaptado a una fuente de luz estroboscópica que ingresa por la boca y visualiza la laringe y el movimiento de las cuerdas vocales durante la fonación.

Siempre se realiza despierto –pues la persona debe emitir voz (fonar)-bajo anestesia local según los casos, por lo que una vez terminada la exploración el paciente no podrá ingerir ningún tipo de alimentos, sólidos o líquidos, en unos 30 minutos, ya que al estar anestesiado el territorio faringolaríngeo, se corre el riesgo de que se produzcan falsas rutas en la deglución – la aspiración de alimentos o saliva al aparato respiratorio-.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención persistirán las lesiones laríngeas y de la voz 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 laringe y la voz, objeto de esta técnica.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Podría evaluarse los diferentes territorios anatómicos mediante procedimientos mas complejos como la micro laringoscopia de suspensión. 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 al sentir el laringoscopio en su boca con el desencadenamiento de nauseas para lo que se usa la anestesia tópica.

Muy excepcionalmente, disnea -sensación de falta de aire- que, incluso, puede requerir la realización de una intubación o una traqueotomía -apertura de la tráquea, que es el conducto de respirar, a nivel del cuello-.

Comoquiera que se van a utilizar diferentes sustancias, tales como la anestesia local u otros distintos productos, podría producirse una reacción alérgica a los mismos, si usted conoce que sufre de alergia a alguna sustancia en particular deberá informar a su medico antes de la realización de este procedimiento.


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

Contacto

lmmv01@gmail.com 

322 56 28 / 300 692 28 50 

Calle 32F 75C - 31 Laureles 

www.julianmolano.com

INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTROBOSCOPIA LARINGEA

NOMBRE: _____

EDAD _____ DOCUMENTO No: _____

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.

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