



**A INFORMACIÓ / INFORMACIÓN**

**NEUMOLOGIA**

**1.- Identificació i descripció del procés**

La broncoscòpia rígida consisteix en la introducció en la via aèria (arbre traqueobronquial), a través de l'orofaringe, d'un tub metàl·lic rígid de diferents grandàries per a explorar i/o tractar diferents processos. A través del broncoscopi rígid és possible obtenir biòpsies, extraure cossos estranys, tractar hemorràgies, aplicar làser i altres procediments i col·locar pròtesis de diversos materials.

El metge m'ha advertit que el procediment requereix l'administració d'anestèsia general i que és possible que durant de intervenció o després siga necessària l'administració de sang i/o hemoderivats.

També sé que hi ha la possibilitat que durant el procediment s'hagen de fer modificacions a causa de troballes intraoperatories o per les complicacions que puguen derivar-se de la tècnica aplicada, com ara traqueotomia, toracotomia o esternotomia.

**2.- Objectiu del procediment i beneficis que s'esperen aconseguir**

Per mitjà d'este procediment es pretén el diagnòstic, el tractament o la millora de la malaltia que patisc.

**3.- Alternatives raonables al procediment**

De vegades la cirurgia pot ser una alternativa a la broncoscòpia rígida.

**4.- Riscos freqüents**

Comprenc que, a pesar de l'adequada elecció de la tècnica i de la correcta realització d'esta, es poden presentar efectes indesitjables, com ara lesió de les dents, llavis, genives i cordes vocals, ronquera, tos o febra. L'edema laringi és bastant comú, però rares vegades ocasiona problemes rellevants. El mal de gola, coll i nuca són freqüents. La ruptura de la paret posterior de la tràquea requereix una intervenció quirúrgica per a resoldre-la. L'hemorràgia, hipotensió, hipertensió i pneumotòrax (entrada d'aire al tòrax fora del pulmó) són excepcionals, com les arítmies o la parada cardíaca, la depressió o parada respiratòria i l'accident cerebrovascular agut, que poden ocórrer durant el procediment i ser greus i requerir un tractament mèdic o quirúrgic, la qual cosa inclou un risc de mortalitat.

**NEUMOLOGÍA**

**1.- Identificación y descripción del proceso.**

La broncoscopia rígida consiste en la introducción en la vía aérea (árbol traqueobronquial) a través de la orofaringe, de un tubo metálico rígido de diferentes tamaños para explorar y/o tratar diferentes procesos. A través del broncoscopio rígido es posible obtener biopsias, extraer cuerpos extraños, tratar hemorragias, aplicar láser y otros procedimientos y colocar prótesis de diferentes materiales.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados.

También sé que cabe la posibilidad que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones por los hallazgos intraoperatorios o por las complicaciones que puedan derivarse de la técnica aplicada, tales como traqueotomía, toracotomía o esternotomía.

**2.- Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar.**

Mediante este procedimiento se pretende el diagnóstico, el tratamiento o la mejoría de la enfermedad que padezco.

**3.- Alternativas razonables a dicho procedimiento.**

En ocasiones la cirugía puede ser una alternativa a la broncoscopia rígida.

**4.- Riesgos frecuentes.**

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como lesión de los dientes, labios, encías, de las cuerdas vocales, ronquera, tos o fiebre. El edema laríngeo es bastante común pero rara vez ocasiona problemas relevantes. El dolor de garganta, cuello y nuca son frecuentes. La rotura de la pared posterior de la tráquea requiere para su resolución una intervención quirúrgica. La hemorragia, hipotensión, hipertensión, neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón) son excepcionales como las arritmias o la parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, accidente cerebro vascular agudo que pueden ocurrir durante el procedimiento y ser graves requiriendo tratamiento médico o quirúrgico incluyendo un riesgo de mortalidad.

**A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO
NÚM. SIP / Nº SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

**DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	COM A / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	------------------------------------	-----------------------

**B DADES DEL METGE / DATOS DEL MÉDICO**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	NÚM. COL-LEGIAT / Nº COLEGIADO
---------------------	--------------	-----	--------------------------------

**C PROCEDIMENT / PROCEDIMIENTO**

NOM DEL PROCEDIMENT / NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

RISCOS ESPECÍFICS EN FUNCIÓ DE LA SITUACIÓ CLÍNICA DEL PACIENT / RIESGOS ESPECÍFICOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

**D DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT / DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**
**DECLARE QUE:**

- el doctor/a m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'este procediment
- he comprés la informació rebuda
- he pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- he sigut informat/ada que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant

**DECLARO que:**

- el doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- he comprendido la información recibida
- he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- he sido informado/a de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto

Autoritze la realització d'este procediment  
Autorizo la realización de este procedimiento

No autoritze la realització d'este procediment  
No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El pacient / el seu representant / pare i/o mare / *El paciente / su representante / padre y/o madre (1)*

El metge / *El médico*

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**E REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada  
*Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El pacient / el seu representant / pare i/o mare / *El paciente / su representante / padre y/o madre (1)*

El metge / *El médico*

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales

**A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO
NÚM. SIP / Nº SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		

**DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	COM A / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	------------------------------------	-----------------------

**B DADES DEL METGE / DATOS DEL MÉDICO**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	NÚM. COL·LEGIAT / Nº COLEGIADO
---------------------	--------------	-----	--------------------------------

**C PROCEDIMENT / PROCEDIMIENTO**

NOM DEL PROCEDIMENT / NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

RISCOS ESPECÍFICS EN FUNCIO DE LA SITUACIÓ CLÍNICA DEL PACIENT / RIESGOS ESPECÍFICOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

**D DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT / DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**
**DECLARE QUE:**

- el doctor/a m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'este procediment
- he comprés la informació rebuda
- he pogut formular totes les preguntes que he cregut oportunes
- he sigut informat/ada que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant

**DECLARO que:**

- el doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- he comprendido la información recibida
- he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- he sido informado/a de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto

- Autoritze la realització d'este procediment  
Autorizo la realización de este procedimiento
- No autoritze la realització d'este procediment  
No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
El pacient / el seu representant / pare i/o mare / El paciente / su representante / padre y/o madre (1) El metge / El médico

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**E REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada  
Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
El pacient / el seu representant / pare i/o mare / El paciente / su representante / padre y/o madre (1) El metge / El médico

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales