



A INFORMACIÓ / INFORMACIÓN

NEUMOLOGIA

1. Identificació i descripció del procés:

La dilatació traqueobronquial consisteix en la introducció en la via aèria (arbre traqueobronquial) d'un broncoscopi flexible o rígid i, a través d'estos s'introdueixen sondes amb baló, dilatadors o distintes grandàries de broncoscopis rígids per a la seua dilatació. Habitualment, però no sempre, es fa primer una resecció de les lesions que obstruïxen les vies aèries. A través del broncoscopi rígid i de vegades amb el broncoscopi flexible es poden col·locar pròtesis de diversos materials, configuració i grandàries.

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

Per mitjà d'este procediment es pretén la dilatació d'un segment de la via aèria de calibre reduït i mantindre un bon calibre amb les pròtesis.

3. Alternatives raonables a este procediment:

La realització d'una cirurgia toràcica.

4. Conseqüències previsibles de la seua realització:

L'obtenció un calibre adequat de la via aèria per a permetre la ventilació de les parts distals del pulmó.

5. Conseqüències previsibles de la seua no-realització:

La progressió de la lesió amb l'obstrucció de la via aèria i l'absència de ventilació pulmonar distal pot dur a la insuficiència respiratòria i a la defunció.

6. Riscos freqüents:

Comprens que, a pesar de l'adequada elecció de la tècnica i de la seua correcta realització, poden presentar-se efectes indesitjables, com la infecció del pulmó, hemorràgia, ronquera, tos, febra, hipotensió, hipertensió, náusees o marejos, dolor local que poden requerir tractament mèdic.

També se m'ha informat dels possibles riscos de l'anestèsia local (reacció al·lèrgica greu als anestèsics locals que poden arribar a produir xoc anafilàctic) i, la sedació i l'anestèsia general (depressió de la funció cardiorespiratòria que pot arribar a ser greu). El metge m'ha explicat que estes complicacions habitualment es resolen amb tractament mèdic però poden arribar a requerir altres procediments d'urgència, incloent-hi el risc de mortalitat. El metge m'ha informat dels possibles riscos de la radiació.

7. Riscos poc freqüents:

Amb menys freqüència poden produir-se complicacions majors com hemorràgia greu, pneumotòrax (entrada d'aire al tòrax fora del pulmó), ulceracions de la zona de pas del catèter, fistulització a mediastí (per ruptura d'un bronqui o de la tràquea) o, excepcionalment, arítmies o parada cardíaca, depressió o parada respiratòria i accident cerebrovascular agut, que poden ser greus i requerir tractament mèdic o quirúrgic, incloent-hi el risc de mortalitat.

NEUMOLOGÍA

1. Identificación y descripción del proceso:

La dilatación traqueobronquial consiste en la introducción en la vía aérea (árbol traqueobronquial) de un broncoscopio flexible o rígido y, a través de estos se introduce sondas con balón, dilatadores o distintos tamaños de broncoscopios rígidos para su dilatación. Habitualmente, pero no siempre, se hace primero una resección de las lesiones que obstruyen las vías aéreas. A través del broncoscopio rígido y en ocasiones con el broncoscopio flexible se pueden colocar prótesis de diferentes materiales, configuración y tamaños.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar:

Mediante este procedimiento se pretende la dilatación de un segmento de la vía aérea de calibre reducido y mantener un buen calibre con las prótesis.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

La realización de una cirugía torácica.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

La obtención un calibre adecuado de la vía aérea para permitir la ventilación de las partes distales del pulmón.

5. Consecuencias previsibles de su no realización:

La progresión de la lesión con la obstrucción de la vía aérea y la ausencia de ventilación pulmonar distal puede conllevar a la insuficiencia respiratoria y al fallecimiento.

6. Riesgos frecuentes:

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como la infección del pulmón, hemorragia, ronquera, tos, fiebre, hipotensión, hipertensión, náuseas o mareos, dolor local que pueden requerir tratamiento médico.

También se me ha informado de los posibles riesgos de la anestesia local (reacción alérgica grave a los anestésicos locales que pueden llegar a producir shock anafiláctico) y, la sedación y la anestesia general (depresión de la función cardiorespiratoria que puede llegar a ser grave). El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir otros procedimientos de urgencia incluyendo un riesgo de mortalidad. El médico me ha informado de los posibles riesgos de la radiación.

7. Riesgos poco frecuentes:

Con menos frecuencia pueden producirse complicaciones mayores como hemorragia grave, neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón), ulceraciones de la zona de paso del catéter, fistulización a mediastino (por rotura de un bronquio o de la tráquea) o, excepcionalmente, arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria y accidente cerebrovascular agudo, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo de mortalidad.



A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE

Form fields for patient data: 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

Form fields for legal representative data: COGNOMS / APELLIDOS, NOM / NOMBRE, DNI, DATA NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO, COM A / EN CALIDAD DE

B DADES DEL METGE / DATOS DEL MÉDICO

Form fields for doctor data: COGNOMS / APELLIDOS, NOM / NOMBRE, DNI, NÚM. COL·LEGIAT / Nº COLEGIADO

C PROCEDIMENT / PROCEDIMIENTO

Form fields for procedure: 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 explicat 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

Form fields for consent: 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

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

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 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