



A INFORMACIÓ / INFORMACIÓN

NEUMOLOGIA

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

És un procediment que, per mitjà de la introducció per la boca d'un broncoscopi, permet la visualització de l'arbre traqueobronquial, així com l'exploració i presa de mostres de citologia (cèl·lules) o teixit per a la seua anàlisi a fi d'aproximar-nos a conèixer la causa de la malaltia. S'acompanya d'una exploració ecogràfica dels bronquis per a localitzar la zona més adequada a l'extracció de mostres. L'exploració ecogràfica es realitza bé des d'un transductor situat en l'extrem del broncoscopi, o bé a través d'una sonda d'ecografia que s'introdueix pel canal del treball. En esta última situació és possible que s'haja de cloure per uns segons un segment bronquial o traqueal, i açò podrà afectar transitòriament el pas de l'aire.

El procediment, sempre amb indicació del metge especialista, necessita anestèsia local en la zona de pas del broncoscopi (nas, faringe, laringe, tràquea i bronquis) i a criteri del metge que realitza la broncoscòpia pot utilitzar-se un fàrmac sedant intravenós. També en la realització de l'estudi pot ser necessari l'ús de radioscòpia externa.

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

Per mitjà d'este procediment es pretén l'aproximació al diagnòstic de la causa de la malaltia que patisc.

**3. Alternatives raonables a este procediment:**

De vegades la punció transtoràcica, la mediastinoscopia o la toracotomia poden substituir a l'ecobroncoscòpia.

**4. 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 ronquera, tos, febra, hemorràgia, hipotensió, hipertensió, nàusees o marejos, dolor local, pneumotòrax (entrada d'aire al tòrax fora del pulmó) o excepcionals com arítmies o parada cardíaca, depressió o parada respiratòria, accident cerebrovascular agut que pot ser greu i requerir tractament mèdic o quirúrgic, incloent-hi el risc de mortalitat.

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 (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 mínim de mortalitat.

El metge m'ha informat dels possibles riscos de la radiació.

NEUMOLOGÍA

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

*Es un procedimiento que, mediante la introducción por boca de un broncoscopio, permite la visualización del árbol traqueobronquial, así como la exploración y toma de muestras de citología (células) o tejido para su análisis a fin de aproximarnos a conocer la causa de la enfermedad. Se acompaña de una exploración ecográfica de los bronquios para localizar la zona más adecuada a la extracción de muestras. La exploración ecográfica se realiza, bien desde un transductor situado en el extremo del broncoscopio o bien, a través de una sonda de ecografía que se introduce por el canal del trabajo. En esta última situación es posible que se deba de ocluir por unos segundos un segmento bronquial o traqueal pudiendo esto afectar transitoriamente al paso del aire.*

*El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, precisa de anestesia local en la zona de paso del broncoscopio (nariz, faringe, laringe, tráquea y bronquios) y a criterio del médico que realiza la broncoscopia puede utilizarse un fármaco sedante intravenoso. También en el desarrollo del estudio puede ser preciso el uso de radioscopia externa.*

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

*Mediante este procedimiento se pretende la aproximación al diagnóstico de la causa de la enfermedad que padezco.*

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

*En ocasiones la punció transtoràcica, la mediastinoscopia o la toracotomía pueden sustituir a la ecobroncoscopia.*

**4. Riesgos frecuentes:**

*Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables como ronquera, tos, fiebre, hemorragia, hipotensión, hipertensión, náuseas o mareos, dolor local, neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón) o excepcionales como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, accidente cerebrovascular agudo que puede ser grave y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo de mortalidad.*

*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 (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 mínimo de mortalidad.*

*El médico me ha informado de los posibles riesgos de la radiación.*

**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 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