



A INFORMACIÓ / INFORMACIÓN

NEUMOLOGIA

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

Es tracta d'una intervenció que es realitza a través d'un broncoscopi flexible o rígid. Depenent de les característiques de la lesió traqueobronquial, i a través de diferents tipus de sonda, s'aplicarà làser, calor (argó plasma) o fred intens. Per a l'electrocauteri s'introdueix una sonda que conté un fil d'aram de punta recta o un llaç o ansa tèrmica.

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. Si el procediment es realitza amb broncoscòpia rígida, caldrà anestèsia general i ventilació.

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

Per mitjà d'este procediment es pretén el tractament local de la lesió que produïx obstrucció de la via aèria o el tractament precoç de lesions superficials. També s'aplica per al tractament d'hemorràgies d'origen bronquial i accessibles a estes tècniques.

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

De vegades la cirurgia toràcica.

**4. Riscos freqüents:**

Comprenq que, a pesar de l'adequada elecció de la tècnica i de la correcta realització d'esta, 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 poden ser greus i requerir tractament mèdic o quirúrgic incloent-hi un 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 un risc mínim de mortalitat.

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

NEUMOLOGÍA

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

*Se trata de una intervención que se realiza a través de un broncoscopio flexible o rígido. En función de las características de la lesión traqueobronquial, y a través de diferentes tipos de sonda, se aplicará láser, calor (argón plasma) o frío intenso. Para el electrocauterio se introduce una sonda que contiene un alambre de punta recta o, un lazo o asa térmica.*

*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. Si el procedimiento se realiza con broncoscopia rígida se precisará de anestesia general y ventilación.*

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

*Mediante este procedimiento se pretende el tratamiento local de la lesión que produce obstrucción de la vía aérea o el tratamiento precoz de lesiones superficiales. También se aplica para el tratamiento de hemorragias de origen bronquial y accesibles a estas técnicas.*

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

*En ocasiones la cirugía torácica.*

**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 cerebro vascular agudo que pueden ser graves 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