

Complicaciones

Las complicaciones de la técnica son poco frecuentes para la mayoría de los pacientes. Entre las más descritas se encuentran: dolor nasal durante la introducción del endoscopio, nauseas, sangrado nasal, tos, dificultad respiratoria, edema laríngeo, laringoespasma, broncoespasmo, aspiraciones broncopulmonares, toser sangre o sangrados broncopulmonares, fiebre, infección, reacciones alérgicas, insuficiencia respiratoria, arritmias, neumotórax, y excepcionalmente parada cardio-respiratoria.

En el caso de realización de una biopsia transbronquial (biopsia pulmonar), ésta va asociada a un 20% de neumotórax y un 1-2% de hemorragia. Las complicaciones dependen fundamentalmente del estado general del paciente, gravedad del proceso que padece y de sus enfermedades de base.

A las complicaciones de la exploración endoscópica se añaden las de la sedación anestésica.

CONSENTIMIENTO

D./Dña: _____, como paciente, o D./Dña: _____, como representante legal, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente DECLARO que he sido debidamente informado/a por el facultativo responsable, he comprendido la naturaleza y el propósito del procedimiento Fibrobroncoscopia, he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista y consulta personal, estoy satisfecha/o con la información que se me ha proporcionado (beneficios, riesgos concretos y alternativas en mi caso) y por ello **DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO** a que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado FIBROBRONCOSCOPIA.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y para que así conste firmo el presente original, después de leído y por duplicado.

Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Fdo.: Paciente/Representante legal
DNI:

Fdo.: Facultativo
Nº Colegiado:

DENEGACIÓN/REVOCACIÓN

(Táchese lo que NO proceda)

D./Dña: _____

No autorizo la realización de _____.

Revoco el consentimiento prestado en fecha ____/____/____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

Madrid, a _____ de _____ de _____

Fdo.: Paciente/Representante legal
DNI:

Fdo.: Facultativo
Nº Colegiado:

Lista de verificación

Consentimiento informado Si No , **Ayunas de 6 horas** Si No , **Alergias** Si No , **Pruebas de coagulación** Si No , **Medicación** Si No **tipo** Á Á Á Á Á Á Á Á . **Prótesis** Si No