

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES: “FIBROBRONCOSCOPIA”**

El presente documento permite entregar información al paciente respecto a la cirugía específica a realizar, por lo que NO CONSTITUYE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO, debe ser llenado en el formulario en la página web: www.hospitalcurico.cl, en el enlace: ***https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento***

**Objetivos del procedimiento:**

Evaluación del tracto respiratorio y aplicación de técnicas que permitan la obtención de muestras para cultivos, citología y biopsias pertinentes a la enfermedad.

**Descripción del procedimiento:**

La fibrobroncoscopia flexible es un procedimiento que se realiza a pacientes que no presenten contraindicación relativa como: Insuficiencia respiratoria aguda o crónica severa, alteración del estado de consciencia, hipertensión pulmonar severa y trastornos de la coagulación. Se inicia con la sedación del paciente y colocación de anestesia local, y consiste en introducir un tubo flexible a través de cavidad nasal o bucal, a través del tracto respiratorio superior, atravesando tráquea y llegando a bronquios principales y segmentarios, se procede a realizar lavado broncoalveolar, cepillado bronquial y toma de biopsias.

**Riesgos del procedimiento:**

Como cualquier otro procedimiento invasivo pueden presentarse ciertas complicaciones, siendo las más frecuentes disfonía, procesos infecciosos, dificultad respiratoria, Neumotórax (lo cual ameritara colocación de drenaje pleural y en casos muy severos alteraciones cardiovasculares), sangrado.

**Alternativas al procedimiento propuesto:**

Toracotomía.

**Consecuencias de no aceptar el procedimiento:**

Significaría permanecer en las condiciones en que está, y no lograr establecer un diagnóstico definitivo.

**Mecanismo para solicitar más información:**

Si Usted aún tiene dudas consulte con su médico tratante o con el médico jefe del servicio.

**Revocabilidad**

Se me señala, que hacer si cambio de idea tanto en aceptar o rechazar el procedimiento, cirugía o terapia propuesta.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cédula de identidad nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dejo constancia que he recibido sistemáticamente ésta información y comprendo sus alcances. Por lo tanto, **RECHAZO** el procedimiento que se me ha propuesto.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: Curicó, \_\_\_de\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_