**Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De Historia Clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente y garantizar su derecho a la comunicación, información, participación y consentimiento. Es un deber ético del profesional de la salud informar adecuada y oportunamente al paciente los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, médicos y/o quirúrgicos a los cuales será sometido. Esta actividad se realiza con anticipación a la ejecución del procedimiento o internación. (Ley 23 de 1981 Art. 15; Decreto Reglamentario 3380 de 1981 Art.12). El paciente tiene derecho a realizar las preguntas que considere necesarias y a que sus inquietudes sean resueltas, así como decidir libremente si se somete al tratamiento propuesto, sin que haya persuasión, manipulación, ni coerción.

**ALCANCE DE ESTE CONSENTIMIENTO O PROCEDIMIENTOS QUE APLICA**

Este procedimiento debe ser derivado de la consulta especializada de OTORRINOLARIGOLOGIA, SERVICOS DE URGENCIAS, UCI, HOSPITALIZACION O CIRUGIA

**DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR**

Es un procedimiento realizado con un endoscopio que se introduce a través de las fosas nasales, valorando cada subsitio de esta, sucesivamente, la nasofaringe y laringe. Su finalidad primordial es obtener una imagen real y dinámica de las diferentes estructuras anatómicas, detectando procesos inflamatorios, traumas, tumores, vestigios de infecciones entre otros, con un diagnóstico eficiente. Es sencillo, de corta duración, realizable en la consulta médica con el uso de anestesia tópica en algunos casos dependiendo de la tolerancia del paciente. El equipo necesario es un naso laringoscopio flexible de alta calidad, conectado a una fuente de luz, que nos permite tener con claridad y alta definición lo observado, inmediatamente las imágenes son reflejadas en un monitor, para una vista amplia y magnificada; es importante mencionar que en este estudio hay la posibilidad de tomar biopsias, que facilitan un diagnóstico y evita cirugías diagnósticas innecesarias para realizar un diagnóstico o tratamiento Paciente bajo anestesia local, sedación o general con boca permeable para poder introducir el naso fibroscopio y realizar exploración de vía aérea.

Se trata de un endoscopio flexible – un instrumental flexible realizado mediante fibra de vidrio- que se introducirá por la nariz del paciente hasta visualizar la zona de la intervención desde fosas nasales, coana, faringe y laringe. Este instrumental permite pues ver la zona de la intervención e iluminar la misma. En ocasiones, dispone de un Guía de Procedimiento de Nasofibrolaringoscopía que permite utilizar distintas piezas instrumentales para tratar procesos muy diversos de la faringe o la laringe. Además, puede disponer de un canal de aspiración que permite, en el curso de la intervención quirúrgica, aspirar las secreciones o la sangre. Con frecuencia este método diagnóstico sirve para la toma de biopsias en el territorio que se explora, para la extirpación de pequeñas lesiones en la zona explorada o para inyectar determinadas sustancias -por ejemplo: toxina botulínica. Se realiza bajo anestesia local que se puede acompañar de una sedación y analgesia según los casos.

Excepcionalmente se realiza bajo anestesia general. Si se realiza bajo anestesia local, una vez terminada la exploración el paciente no podrá ingerir ningún tipo de alimentos, sólidos o líquidos, en unos 30 minutos, ya que -al estar anestesiado el territorio faringe-laríngeo- se corre el riesgo de que se produzcan falsas rutas en la deglución – la aspiración de alimentos o saliva al aparato respiratorio. En caso de necesitar sedación, deberá esperar unas horas antes de abandonar el hospital, a fin de constatar la desaparición de los efectos sedantes de la medicación administrada.

**RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO CON LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

1. Broncoespasmo
2. Laringoespasmo
3. Sangrado nasal
4. Disfonía
5. Dolor local leve y transitorio

**CONTRAINDICACIONES**

1. Pacientes con riesgo quirúrgico elevado
2. Pacientes con discrasias sanguínea en donde el riesgo supere al beneficio

**RIESGOS O CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

1. requerimiento de cirugía mayor según la impresión diagnostica
2. dificultad respiratoria progresiva si esta era la indicación

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BENEFICIOS**

1. visualización directa de vías aéreas superiores
2. retiro cuerpos extraños
3. toma de biopsias
4. manejo de obstrucción de la vía aérea

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

En algunos casos cirugía abierta

**¿COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN BRINDADA? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado con CC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_actuando en nombre del propio, en concordancia del texto anterior y por artículo 1502 del código civil DECLARO DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA que he comprendido el texto anterior y por lo tanto; AUTORIZO que se me realice el procedimiento de APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA así mismo a variar el procedimiento para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **PACIENTE** |  |  |  |
| **MEDICO O PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD MENTAL, LEGAL O FISICA.**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como responsable del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA

) así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

 En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **ACUDIENTE O RESPONSABLE DEL PACIENTE**  |  |  |  |
| **MEDICO O PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE DESACUERDO.**

Si usted **NO DESEA** que se le realice el procedimiento, es también un derecho que debe respetar, por lo tanto, dejo firmado como constancia de mi decisión, así las cosas: **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento y renuncio a sus beneficios, haciéndome responsable de las posibles complicaciones o Riesgos para mi salud de la no ejecución.

Indique las causas del disentimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **PACIENTE** |  |  |  |
| **ACUDIENTE O RESPONSABLE DEL PACIENTE** |  |  |  |
| **MEDICO O PROFESIONAL ASISTENCIAL** |  |  |  |

**RECOMENDACIONES POST PROCEDIMIENTO**

1. Mantener ayuno por dos horas, permitiendo la ingesta únicamente de agua en pequeñas cantidades
2. Solicitar reporte de biopsia si esta fue tomada
3. Asistir a control según indicación individual
4. Otras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_