

La fibronasolaringoscopia es un examen realizado con un endoscopio de fibra óptica flexible, delgado, el cual es introducido a través de las fosas nasales y sirve para evaluar el interior de la nariz, la faringe y la laringe y determinar la causa de varias enfermedades o alteraciones que afectan dichas áreas anatómicas.

Para la realización de este examen se anestesia el interior de la nariz con xilocaína en spray, lo cual hace que el dolor y las molestias que pueda producir sean nulas o mínimas.

Adicionalmente se anestesia con la misma sustancia la faringe para evitar las eventuales náuseas que este examen pueda producir.

En la mayoría de los casos el examen se realiza fácilmente, sin ningún dolor o molestia mayor. Ocasionalmente puede producir irritación pasajera de la nariz, sangrado generalmente escaso o náuseas y vómito en personas muy sensibles.

Existe un riesgo muy remoto de que produzca espasmo en la laringe lo cual lleva a la persona a sentir incapacidad para respirar de manera similar a como cuando se siente ahogo al ingerir un alimento.

Para este examen se debe tener un ayuno de dos horas mínimo y no ingerir alimentos hasta media hora después del mismo. Así mismo se debe informar al médico si se es alérgico a la xilocaína, si se sufre de enfermedades cardiovasculares tales como arritmias, infartos antiguos, hipertensión arterial, si se tiene marcapasos entre otros.

Hago constar que otorgo en forma libre mi consentimiento al Dr. _____, para que por su intermedio y con el concurso de los asistentes que CEXCA asigne, así como con el de los demás profesionales y auxiliares de la salud que se requieran, me realice el examen anotado.

Certifico que he sido informado del procedimiento, de los riesgos y complicaciones que puede producir, anotadas previamente, entendiéndolo que pueden ocurrir otras inesperadas de difícil o rara ocurrencia por lo cual no se anotan.

Que el Dr. _____, queda autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de procedimientos o conductas médicas adicionales si en el curso del examen llegare a presentarse una complicación o una situación inadvertida o imprevista.

Se me han explicado en forma entendible los cuidados que debo tener luego del procedimiento.

Nombre del paciente: _____ CC: _____

En paciente menor de edad, firma y cédula del acudiente: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____