

Consentimiento informado para técnicas de sedación en exploraciones diagnósticas y terapéuticas

Nombre:
<i>(Nombre y dos apellidos del paciente)</i>
DNI:

DECLARO

Que el Doctor/a.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo)
me ha explicado que el tratamiento médico recomendado en mi caso

Finalidad:

El propósito principal de la sedación para exploraciones (TAC, RM, Endoscopias, etc.) es conseguir una situación adecuada a los requerimientos que la prueba y el especialista que la realiza necesiten, disminuyendo mi ansiedad y el dolor que de la misma se deriven y manteniendo el anestesiólogo en todo momento la vigilancia de mis funciones vitales.

Descripción del procedimiento:

La sedación consiste en administrarme medicamentos, pertenecientes al grupo de los anestésicos generales, por vía intravenosa y/o inhalatoria, en dosis ajustadas al grado de agresividad que la prueba tenga y de las molestias que pueda ocasionarme, así como en función de mis antecedentes médicos y farmacológicos. Ocasionalmente puede ser necesario alcanzar el mismo nivel que cuando se realiza una anestesia general. Durante la sedación, me encontraré tranquilo, sin dolor e indiferente a los estímulos desagradables (ruidos, frío) del medio que me rodea. El anestesiólogo junto con el especialista que realiza la prueba valorará cualitativa y cuantitativamente el grado de sedación que se precise en cada caso. El/la anestesiólogo/a me ha explicado la existencia de posibles técnicas alternativas.

Riesgos generales:

El/la anestesiólogo/a me ha explicado que la sedación implica un riesgo y que no siempre es posible predecir el punto de transición entre la sedación y la anestesia general. También me ha explicado que pueden existir riesgos similares a los de la anestesia general, bradicardia, hipotensión, depresión respiratoria, dificultades para oxigenarme adecuadamente, reacciones alérgicas náuseas y/o vómitos u otras que en muy raras ocasiones podrían incluso tener consecuencias muy graves o fatales.

Riesgos personalizados:

Todo acto anestésico lleva implícitos una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación vital actual (diabetes, cardiopatía hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos o complicaciones como

Existe una clasificación denominada ASA que valora el riesgo del paciente en función de la situación de la salud del mismo en el momento que se va a realizar la cirugía.

ASA I

- Estado de salud: Excelente sin enfermedades sistémicas
- Limitaciones de actividad: Ninguno.

ASA II

- Estado de salud: Enfermedad no vital de un sistema pero bajo control.
- Limitaciones de actividad: Ninguna.

ASA III

- Estado de salud: Enfermedad importante de un sistema o de varios sistemas pero bajo control.
- Limitaciones de actividad: Presente pero no incapacitante.

ASA IV

- Estado de salud: Precario pero con al menos una enfermedad severa con mal control o estado terminal.
- Limitaciones de actividad: Incapacitado.

ASA V

- Estado de salud: Muy malo o moribundo.
- Limitaciones de actividad: Incapacitado

ASA VI

- Paciente en muerte cerebral.

En función de mi estado de salud actual se considera una valoración ASA

Declaración del enfermo

He sido informado por el médico abajo mencionado de:

- o Las ventajas e inconvenientes del procedimiento arriba indicado.
- o Las posibles alternativas del mismo.
- o Que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Y en tales condiciones, Consiento

.....
Fdo. EL PACIENTE

.....
Fdo. EL MÉDICO
Nº de Colg.....

En, a de de

DECLARACIÓN del familiar, persona allegada o representante legal, en su caso, de que han recibido la información por incompetencia del paciente

Nombre DNI Firma

DECLARACIÓN del testigo en su caso

Nombre DNI Firma

Denegación o revocación

Ante los testigos abajo firmantes, yo, D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento arriba indicado, manifiesto a día ____ de _____ de 2____ de forma libre y consciente mi denegación/revocación (*táchese lo que no proceda*) para su realización, haciéndome plenamente responsable de las consecuencias médico legales que puedan derivarse de esta decisión.

.....
Fdo. EL PACIENTE

.....
Fdo. EL MÉDICO
Nº de Colg.....