

# Consentimiento informado para pacientes sometidos a canalización de vía central

Nombre:  $\tilde{0}$   $\tilde{0}$ 

## **DECLARO**

Que el Doctor  $\tilde{0}$   $\tilde$ 

The ha explicate que en trataffie into medico y/o la technica recomendada en fili caso es o o o o o o o o o o o o o

# Descripción del procedimiento:

La canalización de una vía central, consiste en la colocación de un tubo fino de plástico llamado catéter, en el interior de una vena de grueso calibre (vena yugular, subclavia o femoral), a través de una aguja que introducimos en la piel y en la proximidad de la vena que queremos canalizar. Esta técnica, es necesaria en algunas situaciones especiales: administración de alimentación intravenosa, administración prolongada de medicamentos (antibióticos, quimioterápicos), imposibilidad o dificultad extrema para canalizar vías periféricas o monitorización de algunas funciones cardiacas. Dicho procedimiento será efectuado por un médico con conocimiento y capacitación adecuada para realizar la técnica (habitualmente un cirujano, un intensivista o un anestesiólogo). Durante la realización de la técnica se monitorizara al paciente en función de los requerimientos que tenga según su estado de salud.

El/la anestesiólogo/a me ha explicado también que, en la actualidad, no existe otra alternativa a esta técnica.

# **Riesgos generales:**

La realización de la técnica no está exenta de complicaciones. La posibilidad de que ocurra una complicación grave o fatal es muy baja, siendo los riesgos generales más frecuentes:

- Molestias en la zona de punción.
- Trombosis a la vena que se punciona.
- Sangrado en el sitio de la punción (hematoma).
- Punción arterial.
- Infección local o generalizada.
- Un de las complicaciones graves es que se puncione la capa que rodea el pulmón (pleura), pudiendo entrar aire en ella. Esta complicación se denomina neumotórax. Si la cantidad es pequeña, se resuelve sola y no hay que hacer nada, pero si la cantidad fuera importante, sería preciso colocarme un tubo para facilitar la salida de aire.

# Riegos personalizados:

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 õ õ õ .

# **DECLARACIÓN DEL ENFERMO**

He sido informado por el médico abajo mencionado de:

Las ventajas e inconvenientes del procedimiento arriba indicado.

Las posibles alternativas del mismo.

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	Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å . Fdo. EL MÉDICO № de ColgÅ Å Å Å Å Å Å
En Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å, a Å Å Å Å Å	Å de Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å . de Å Å Å Å Å
DECLARACIÓN del familiar, persona allega incompetencia del paciente	da o representante legal, en su caso, de que han recibido la información por
Nombre õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ	$\tilde{o}\ \tilde{o}\ \tilde$
DECLARACIÓN del testigo en su caso	
Nombre õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ	$\tilde{o}\ \tilde{o}\ \tilde$
DENE	EGACION O REVOCACION
de 2 de forma libre y	D/Dña de za y riesgos del procedimiento arriba indicado, manifiesto a día de consciente mi denegación/revocación ( <i>táchese lo que no proceda</i> ) para su nsable de las consecuencias médico legales que puedan derivarse de esta
	Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å

Fecha de Aplicación: Junio 2015 I-GHM-DG-10/64

**Fdo. EL PACIENTE** 

Fdo. EL MÉDICO

Nº de ColgÅ Å Å Å Å Å Å Å ..