

## DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

### ANESTÈSIA LOCOREGIONAL

El Dr./Dra. ....amb el núm. col·legiat.....  
demana el consentiment per, una vegada valorada la seva història clínica i les proves complementàries, poder realitzar ANESTÈSIA LOCOREGIONAL al pacient Sr./Sra. .... amb DNI ..... (o, si escau, es demana el consentiment al seu representant legal Sr./Sra. .... amb DNI .....).

L'anestèsia locoregional consisteix a infiltrar anestèsics locals prop del nervi que condueix la sensació dolorosa durant l'operació quirúrgica. Altres alternatives a aquesta tècnica són l'anestèsia general, epidural o intradural encara que també aquestes poden tenir possibles complicacions.

El risc de complicacions i efectes secundaris de l'anestèsia locoregional són rars, però poden donar-se alguna vegada malgrat que es prenguin totes les precaucions. Els més lleus són: el petit dolor de la punxada a la pell, coïssor quan entra el líquid, blau i sensació de rampa. Aquestes complicacions poden ser habitualment controlades i tractades satisfactoriament.

Hi pot haver complicacions més importants que afectin l'estat general com: baixada de la pressió arterial, descens del pols, dificultat per respirar bé, pèrdua del coneixement o al·lèrgia no coneguda al medicament. Aquestes complicacions no són gaire freqüents ni habituals, i l'anestesiòleg sovint les pot controlar i tractar.

En ocasions extraordinàries poden haver-hi lesions dels nervis, però la possibilitat que això passi a causa de l'anestèsia és quasi nul·la.

Les circumstàncies personals de .....poden incrementar la incidència d'aparició d'algun dels riscos esmentats.

Rares vegades, per dificultats de la tècnica, es pot produir una anestèsia parcial o incompleta que faci que l'anestèsia locoregional resulti inefectiva i s'hagi de complementar amb altres tècniques anestèsiques.

Per raons d'organització, és possible que l'anestesiòleg que el visita i el que practicarà l'anestèsia no sigui el mateix.

Ja que la informació m'ha estat donada de forma comprensible i que he pogut formular i aclarir tots els dubtes sobre aquesta tècnica anestèsica, autoritzo el Servei d'Anestesiologia de l'Hospital Sant Jaume d'Olot a realitzar l'anestèsia locoregional. En el cas que durant el procediment sorgeixi alguna



situació inesperada que aconselli variar o complementar la tècnica anestèsica prevista inicialment, autoritzo el Servei d'Anestesiologia a realitzar el que cregui convenient o necessari.

Sé que puc desdir-me de l'atorgament d'aquest consentiment informat en qualsevol moment previ a la intervenció.

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que se'm realitzi una **anestèsia general**.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

Olot, ..... de..... de 20.....