

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

ANESTÈSIA REGIONAL

Sr./a.:

Número de DNI:

Número d'Història Clínica:

Anestèsia regional

Vostè té dret a conèixer el procediment a què/al qual serà sotmès i les complicacions més freqüents que ocorren. Aquest document intenta explicar-li totes aquestes qüestions; lleixi'l atentament i consulti amb el seu metge tots els dubtes que se li plantegin. Li recordem que, per imperatiu legal, haurà de signar, vostè o el seu representant legal, el consentiment informat perquè puguem realitzar-li aquest procediment.

1.PROCEDIMENT

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.

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

2.CONSEQÜÈNCIES SEGURES

3. DESCRIPCIÓ DELS RISCOS TÍPICS

Les complicacions més lleus de l'anestèsia regional 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 satisfactòriament.

Poden haver-hi 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 pel metge. Aquestes complicacions no són gaire freqüents i l'anestesiòleg les sol controlar i tractar satisfactòriament.

En alguns casos extraordinaris hi poden haver lesions dels nervis, però les possibilitats que això passi a causa de l'anestèsia són gairebé nul·les.

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

4. RISCOS PERSONALITZATS

A més dels riscos descrits anteriorment, per les meves circumstàncies especials (mèdiques o d'un altre tipus) cal esperar els riscos següents:

5. ALTERNATIVES DE TRACTAMENT



DECLARO

Que el Dr./a. amb número de col·legiat
del Servei/Unitat: ANESTÈSIA m'ha informat que per al tractament de la meua malaltia és indispensable l'ANESTÈSIA REGIONAL. Al mateix temps, m'ha explicat què és, com es fa i per a què serveix l'ANESTÈSIA REGIONAL; m'ha informat amb detall, de manera clara i comprensible, dels riscos i les possibles complicacions, i m'ha advertit que existeixen (o no) altres alternatives terapèutiques que substitueixin l'ANESTÈSIA REGIONAL. També he estat informat que en qualsevol moment puc retractar-me i revocar el meu consentiment abans de la pràctica d'ANESTÈSIA REGIONAL.

I, per aquestes raons,

Dono

No Dono

(marqui amb un a creu el que correspongui)

El meu consentiment informat per ANESTÈSIA REGIONAL.

Signatura del pacient*

Signatura del metge

Signatura d'un testimoni (si escau)

Nom:

DNI:

* En cas d'incapacitat del pacient, signatura del tutor legal, familiar més proper o representant legal designat pel pacient, que he de fer constar el nom, cognoms i DNI.



Revoco el consentiment donat i declaro, després de la informació rebuda, que no consento
(ANESTÈSIA REGIONAL)

A , a..... de de

El Dr./ La Dra.

El/ La PACIENT