

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

SEDACIÓ

..... Núm. HC.....
(nom i cognoms del pacient)
de.....anys, amb DNI núm. i domicili a.....
.....

..... de anys,
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)
amb domicili a i DNI núm.
en qualitat dede
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

DECLARO

Que el doctor/a m'ha explicat que
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)
valorada la meua història clínica i els resultats de les proves complementàries efectuades (analítica, electrocardiograma, etc.), cal aplicar SEDACIÓ.

DESCRIPCIÓ DE LA TÈCNICA

Aquest tipus de tècnica descriu diferents graus en l'estat d'alerta del pacient quan és sotmès a un procediment quirúrgic o prova diagnòstica, i va des de la "ansiolisis" en la que el pacient manté casi intactes les seves funcions de relació amb el medi, és conscient de sí mateix, contesta correctament les preguntes que se li demanen però es troba tranquil i confiat, fins a la "sedació profunda", que pot comparar-se amb una anestèsia general, en la que el pacient està inconscient, respon poc als estímuls dolorosos, tot i que, pot respirar de forma autònoma o amb assistència de dispositius senzills pel control de la via aèria. El tipus de sedació ve determinada pel tipus de procediment, l'estat de salut del pacient i per estar o no associat a altres tècniques anestèsiques (local, regional, peridural o intradural).

RISCOS ASSOCIATS

És difícil definir el risc particular del procediment anestèsic per un pacient determinat programat per un tipus de cirurgia concreta. En anestèsia s'utilitza una escala que divideix als pacients en quatre categories que s'assignen depenent de l'estat físic del pacient, coneguda com escala ASA (American Society of Anesthesiologists) creada per la pròpia American Society of Anesthesiologists.

En la **primera categoria** es troben els pacients sans, és a dir, que no presenten cap malaltia, no fumen i només mostren un mínim consum d'alcohol.

En la **segona categoria** s'inclouen a les persones que pateixen alguna malaltia que actualment és tractada i ben controlada, i que no imposa limitacions per les activitats de la vida diària inclús en la pràctica de l'exercici intens. També s'inclouen en aquest grup a les pacients embarassades, als fumadors habituals, a la ingesta alcohòlica diària, als pacients obesos amb un índex de massa corporal (IMC) inferior a 40, als pacients diabètics i als hipertensos ben controlats, i als que presenten malalties pulmonars (EPOC, asma) de grau mig ben controlat.

El **tercer grup** inclou als pacients amb limitacions funcionals degudes a malalties importants. També s'inclou la diabetis mal controlada, la obesitat amb IMC major de 40, la malaltia pulmonar severa o mal controlada (EPOC, asma), la hepatitis activa, la dependència alcohòlica, el ser portador de marcapassos implantat, una disminució moderada de la capacitat del cor per contreure's, haver patit un infart de miocardi, una revascularització cardíaca o una hemorràgia cerebral en els últims tres mesos, la insuficiència renal amb diàlisi i els nens prematurs fins les 60 setmanes d'edat post-gestacional.

En la **quarta categoria** s'inclouen els pacients amb una condició que amenaça la vida de manera permanent degut a les malalties enumerades en l'apartat anterior.

RISCOS PERSONALITZATS

Les circumstàncies personals.....
(edat, malalties, al·lèrgies, anestèsies anteriors per tractaments previs, drogoaddicció o hàbits adquirits) poden incrementar, o no, la incidència d'aparició dels riscos indicats, com també.....
.....

MESURES PREOPERATÒRIES

Se m'ha informat de la necessitat d'adoptar com a mesures preoperatòries les següents: dejú de.....hores, prendre la medicació habitual (tret que s'indiqui el contrari), no portar maquillatge, pinta llavis, pinta ungles, advertir de qualsevol tipus de pròtesis mòbil (lentilles o dentadura no fixa), advertir en el moment de l'ingrés de qualsevol anomalia o problema que hagi pogut presentar des de la visita preanestèsica.....
.....

Per raons d'organització és possible que l'anestesiòleg/òloga que el visita i el/la que practicarà l'anestèsia sigui el mateix.

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic de la malaltia, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

En el cas que durant el procediment sorgís alguna situació inesperada que aconselli variar o complementar la tècnica anestèsica prevista inicialment, autoritzo al Servei d'Anestesiologia a realitzar el que cregui convenient o necessari.

He entès i accepto que durant el procediment es podran fer fotografies o gravacions d'imatges, que després es conservaran i es podran transmetre amb finalitats científiques i/o de docència i utilitzar en sessions clíniques, juntes facultatives, conferències, congressos, publicacions mèdiques i actes científics, sense que hi consti la meua identitat.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfet/a amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procediment/tractament.

He estat informat que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat en base a l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no es cediran a cap tercer, excepte obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com a altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a www.hospilot.com/proteccio-de-dades

I, en aquestes condicions,

CONSENTO

Que em sigui realitzat el procediment anestèsic descrit en el document.

Pacient o representant legal

Metge/metgessa informant

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

**DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT
DECLARO**

Que el doctor/a..... m'ha explicat que en la meva situació és convenient una, que té per objecte

El doctor/a m'ha informat dels riscos que hi pot haver si no es fa aquesta intervenció i que en el meu cas poden augmentar per

He comprès les seves explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill, i el metge/metgessa m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat.

Manifesto que estic satisfet/a de la informació que he rebut i que comprenc l'abast i els riscos de no sotmetre'm al procediment indicat i en tals condicions **NO CONSENTO** sotmetre'm a una.....

Pacient o representant legal

Metge/metgessa

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