

DOCUMENT DEL CONSENTIMENT INFORMAT

ANESTÈSIA SEDACIÓ

Sr./a.:

Número de DNI:

Número d'Història Clínica:

Anestèsia sedació

Vostè té dret a conèixer el procediment al que serà sotmès i les complicacions més freqüents que ocorren. Aquest document intenta explicar-li totes aquestes qüestions; llegeixi'l atentament i consulti amb el seu metge/essa 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

La sedació s'utilitza per poder realitzar algunes operacions quirúrgiques sense dolor: estarà endormiscat i respirarà espontàniament. És com una anestèsia general superficial, en què el pacient es desperta més ràpid, ja que la quantitat de medicació que es necessita és menor.

Altres alternatives a aquesta tècnica són: l'anestèsia general profunda, en la qual s'ha de controlar la respiració i no està exempta de complicacions.

Per raons d'organització, qualsevol anestesiològ/òloga del servei podrà practicar l'anestèsia.

2. DESCRIPCIÓ DELS RISCOS TÍPICS

Les complicacions i efectes secundaris de la sedació són rars, però, malgrat que es prenguin totes les precaucions, algunes vegades poden aparèixer. L'estat general del pacient i el tipus d'intervenció que es realitzarà hi poden influir.

Les complicacions més lleus són: petit dolor i/o hematoma de la punxada del sèrum, sensació de mareig a l'endormiscar-se i, al despertar, pot haver-hi nàusees, vòmits, tremolor i desorientació, encara que rarament passa. Aquestes complicacions poden ser controlades i tractades satisfactòriament. En general, el pacient es desperta de manera plàcida i amb sensació de benestar.

Molt rarament hi poden haver complicacions més importants que afectin l'estat general com: baixada de la pressió arterial, alentiment del pols, dificultat per respirar bé, al·lèrgia no coneguda a algun medicament i vòmit amb aspiració al pulmó del contingut àcid de l'estómac (per això és tan important no menjar ni beure res durant 6 hores abans del procediment).

3. RISCOS PERSONALITZATS

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

.....

4. ALTERNATIVES DE TRACTAMENT

Realitzar la prova sense sedació.

DECLARO

Que el Dr./a amb número de col·legiat del Servei/Unitat: ANESTÈSIA m'ha informat que pel tractament de la meva malaltia és indispensable l'ANESTÈSIA SEDACIÓ. Al mateix temps, m'ha explicat què és, com es fa i per a què serveix l'ANESTÈSIA SEDACIÓ. 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 substituïxin l'ANESTÈSIA SEDACIÓ. També he estat informat que en qualsevol moment puc retractar-me i revocar el meu consentiment abans de la pràctica d'ANESTÈSIA SEDACIÓ.

I, per aquestes raons,

Dono

No Dono

(marqui amb un a creu el que correspongui)

El meu consentiment informat per ANESTÈSIA SEDACIÓ.

Signatura del pacient*

Signatura del metge/essa

Signatura d'un testimoni (si s'escau)

Nom:

DNI:

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

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

EI/ La Dr./a

EI/ La PACIENT

Olot, de de 20.....