

CONSENTIMIENTO INFORMADO - ANESTESIOLOGIA

Nombre y Apellidos del Paciente:

Nombre y Apellidos del Responsable Legal:

EL ANESTESIOLOGO Dr. _____, en virtud de la Ley de Sanidad, solicita su consentimiento para la aplicación de anestesia general, loco-regional, local o sedación durante los procedimientos quirúrgicos, médicos o diagnósticos a los cuales va a ser usted sometido. Es mi obligación informarle:

1-Los fines de la anestesia son evitar el dolor y las reacciones adversas que se puedan producir en el organismo como consecuencia de los actos terapéuticos a los que usted va a ser sometido.

2-Aparte de los riesgos propios a la intervención y de las posibles complicaciones inherentes a ella, la anestesia presenta unos riesgos distintos de la intervención que dependen fundamentalmente del estado de salud previo a la intervención y de las enfermedades asociadas que padezca el paciente: Hipertensión Arterial, Enfermedades del corazón, Enfermedades respiratorias, Diabetes, etc. **ES SUMAMENTE IMPORTANTE QUE EL PACIENTE INFORME AL MEDICO DE TODAS LAS ENFERMEDADES QUE PADEZCA, ASÍ COMO DE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÉ TOMANDO.**

3-Debe usted saber que se pueden producir lesiones adicionales como: perforación del globo ocular, hematoma palpebral, arritmias cardíacas, problemas respiratorios, dolor, lesiones de venas y arterias, dolor de cabeza, lesión de cuerdas vocales (si requiere intubación).

4-Así mismo hay que advertir de una serie de complicaciones que aun produciéndose en muy raras ocasiones e independientemente del buen quehacer profesional del Anestesiólogo, pueden poner en peligro su vida:

*Reacciones alérgicas a medicamentos.

*Presencia de enfermedades ocultas en las que el acto anestésico puede desarrollar graves complicaciones: hipertermia maligna, porfirias, cardiopatías, diabetes..... o agravamiento de enfermedades anteriores.

*Posibilidad de aspiración del vómito en la intervención quirúrgica. Por ello es absolutamente necesario el **AYUNO ABSOLUTO** al menos las 6 horas previas a la intervención.

5- Deberá advertir al Anestesiólogo de la existencia de prótesis dentales, dientes en mal estado, ya que se pueden producir daños en la dentadura si es necesaria la intubación orotraqueal.

6- Si está usted **EMBARAZADA** o existe alguna posibilidad de que lo esté, deberá comunicárselo al Anestesiólogo, pues los anestésicos pueden causar daños al feto.

NO DUDE EN PREGUNTAR CUALQUIER COSA POR INSIGNIFICANTE QUE LE PAREZCA

Intervención propuesta:

Anestesia propuesta:

Patología del paciente o problemas asociados a la anestesia propuesta:

Consentimiento

Yo, D/Dña _____ doy mi consentimiento para que sea aplicada una sedación. He comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, según dispone el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad, habiendo tenido la oportunidad de haber aclarado mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____

PACIENTE

REPRESENTANTE
LEGAL

MEDICO

Fdo.:

Fdo.:

Fdo.:

D.N.I.:

D.N.I.:

D.N.I.:

_____, a _____ de _____ de _____



Denegación o revocación

Yo, D/Dña _____ después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

PACIENTE

Fdo.:

D N I .

REPRESENTANTE

LEGAL

Fdo.:

MEDICO

Fdo.:

D N I .

_____, a _____ de _____ de _____