

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SEDACION

INFORMACION GENERAL

Le van a realizar una cirugía sobre la cavidad oral. Este procedimiento suele ser bien tolerado sin necesidad de la intervención del anestesiólogo. Pero en ocasiones por la patología del paciente o su poca tolerancia se requiere nuestra presencia, con la finalidad de minimizar los riesgos o las molestias causadas. Es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, embarazo (o posibilidad de estarlo), medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

RECOMENDACIONES ANTES DE LA SEDACION

La cirugía se realizará en régimen ambulatorio, es decir, usted llegará de su casa, se le realizará la prueba y a continuación volverá a su domicilio. Para que este procedimiento sea seguro se recomiendan unas normas sencillas.

- Independientemente de la preparación seguida para la cirugía, **debe guardar un ayuno de sólidos desde 6 horas antes de la realización de la cirugía, aunque puede tomar cantidades moderadas de agua hasta 2 horas antes.** Este es un punto muy importante, tanto que su incumplimiento interrumpirá la intervención del anestesiólogo.
- Debe acudir acompañado de un adulto que se responsabilice del traslado a su domicilio después de la realización de la exploración. No podrá conducir un vehículo en las doce horas siguientes a la realización de la prueba.
- Debe aportar cualquier informe clínico en su poder sobre enfermedades que padezca o haya padecido, así como la lista completa de la medicación que pueda estar tomando. Si usted toma alguna medicación de manera habitual, no interrumpa el tratamiento salvo que se le indique expresamente.
- Si está embarazada o puede estarlo, informe al anestesiólogo.

Tras la realización de la cirugía permanecerá en la clínica hasta que el anestesiólogo responsable le indique que puede trasladarse a su domicilio. Puede comenzar a tomar líquidos dos horas después de la exploración y a continuación una dieta que no sea muy pesada. En las horas siguientes a la sedación no debe realizar actividades que requieran una concentración mental importante, ya que estas facultades se verán alteradas de manera transitoria por los fármacos anestésicos.

No puede tomar alcohol en las primeras 24 horas después de la sedación.

EN QUE CONSISTE LA SEDACION

Para sedarle es necesario canalizar una vena y colocarle diversos monitores para vigilar su estado durante la realización de la cirugía. El anestesiólogo le realizará una serie de preguntas sobre su estado de salud y a continuación le administrará diversos fármacos que harán que tolere mejor el procedimiento.

RIESGOS DE LA SEDACION

Cualquier anestesia conlleva siempre un riesgo menor que justifica su uso generalizado, pero existe el riesgo de sufrir una complicación anestésica grave; los riesgos no pueden suprimirse por completo. El riesgo de la anestesia depende sobre todo del estado de salud del paciente. La administración de sueros y medicamentos que son imprescindibles durante la anestesia pueden producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves, pero tienen carácter extraordinario.

Los expertos desaconsejan la práctica sistemática de pruebas de alergia a los medicamentos anestésicos por considerar que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacciones adversas a los mismos. Además, estas pruebas no están libres de riesgo y, aún siendo su resultado negativo, los anestésicos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Si después de leído el consentimiento le queda alguna pregunta, no dude en preguntar



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

DENEGACION O REVOCACION

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

REPRESENTANTE LEGAL

MEDICO

Fdo.:

Fdo.:

Fdo.:

D.N.I.:

D.N.I.:

D.N.I.:

, a

de

de