

CONSENTIMIENTO INFORMADO SEDACION

FECHA DEL CONSENTIMIENTO: ____/____/____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

RUT: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ ASA _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCION O TRATAMIENTO:

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPOTESIS DIAGNOSTICA: _____

(NO utilizar ABREVIATURAS)

Dejo constancia que el equipo médico que me trata me ha explicado que derivado de la condición de base o Enfermedad que presento debo realizarme un procedimiento diagnóstico o terapeutico para lo cual recibiré alguna sedación. El equipo médico me ha explicado los riesgos del procedimiento, los tratamientos alternativos y los posibles resultados de que se esperan y la evolución de mi condición dejada sin tratamiento alguno.

El propósito principal de la sedación para exploraciones diagnósticas-terapéuticas (TAC, RM, PET, Endoscopias,...) y/o intervenciones quirúrgicas es proporcionar un estado consciente, relajado, confortable y sin dolor, en el que el paciente, gracias a la conservación de la consciencia, puede prestar colaboración activa.

Las técnicas de sedación se consiguen mediante la administración, a través de un catéter (tubito) introducido en una vena, de medicamentos (fármacos) anestésicos, analgésicos y/o tranquilizantes (sedantes), que administran en la proporción y dosis adecuadas para cada paciente según sea el procedimiento a realizar, las características personales del paciente, su sensibilidad a los fármacos y su estado clínico.

Las técnicas de sedación, requieren la misma preparación, precaución y vigilancia que la anestesia general. Mediante diferentes métodos clínicos y aparatos, se controlan y vigilan las funciones vitales, cardíaca, respiratoria, cerebral y demás. Con ello se mantiene una vigilancia permanente durante todo el acto de la sedación y se consigue la máxima seguridad.

A parte del riesgo de la intervención en sí, la administración de técnicas de sedación, como sucede en todo procedimiento médico, conlleva una serie de riesgos, que son aceptados de acuerdo con la experiencia y el estado actual de la ciencia médica, y que son:

- Pinchazos repetidos por dificultad en la introducción del catéter venoso, que pudiera condicionar salida de la vena de los diferentes fármacos empleados en la anestesia y provocar desde un simple enrojecimiento hasta problemas circulatorios locales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO SEDACION

- Tras la sedación pueden aparecer diferentes síntomas, como descenso de la presión arterial aumento de las pulsaciones, dificultad respiratoria, agitación, mareo, náuseas, vómitos, temblores, que en general son consideradas como molestias llegando, en muy pocos casos, a ser complicaciones.
- La administración de medicamentos que sean imprescindibles durante la sedación, puede producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas que pueden llegar a ser graves.
- No siempre es posible predecir el punto de transición entre la sedación consciente y la inconsciente o anestesia general. Entre los riesgos potenciales se encuentra la sedación excesiva, con hipotensión y depresión respiratoria, Dependiendo de la situación vital del paciente (existencia de situaciones como diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar el riesgo anestésico o que aparezcan complicaciones como

Alternativas razonables a este procedimiento son: _____

Por medio del presente documento declaro que el médico suscrito me ha explicado completa y oportunamente la naturaleza, beneficios, objetivos, características, potenciales riesgos y complicaciones del procedimiento, intervención quirúrgica o del tratamiento que me realizará; así como también las alternativas disponibles, el pronóstico esperado y el proceso post-operatorio previsto.

Asimismo, declaro haber comprendido la información entregada y que he tenido la oportunidad de formular preguntas y dudas, las que han sido aclaradas y contestadas a su debido tiempo.

Declaro no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación, con enfermedades, medicamentos, alergias o riesgos potenciales.
Entiendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por último y en caso de complicaciones o reacciones inesperadas, autorizo a mi médico a realizar las acciones necesarias para resolverlas de acuerdo con su mejor juicio y capacidad.

Nombre y Firma Paciente o
Apoderado

Firma del Médico

CONSENTIMIENTO INFORMADO SEDACION

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Yo _____, mayor de edad, C.I. _____ en calidad de _____, con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar dejo sin efecto este documento.

Nombre Firma Paciente /Apoderado

Nombre Firma Medico

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento será otorgado por el representante legal.