

SEDACIÓN EN PROCEDIMIENTOS

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO: _____ NOMBRE Y 2 APELLIDOS DEL PACIENTE: _____ RUT DEL PACIENTE: _____ NOMBRE Y 2 APELLIDOS DEL MÉDICO: _____ RUT DEL MÉDICO: _____ DIAGNÓSTICO: _____ <small>(NO UTILIZAR SIGLAS NI ABREVIATURAS)</small> PROCEDIMIENTO: _____

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA SEDACIÓN EN PROCEDIMIENTOS:

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea tranquilamente la información siguiente.

Comuníquenos si tiene alguna duda o necesita más información.

LO QUE USTED DEBE SABER DE LA SEDACIÓN

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en la administración de fármacos que producen sedación la que facilita la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El nivel de sedación es diferente en cada caso, desde la disminución del miedo y la ansiedad, lo que favorecerá su colaboración, hasta una mayor inmovilidad, requerida en algunos procedimientos.

CÓMO SE REALIZA

Se le instalara una vía venosa a través de la cual le administrarán los líquidos y fármacos necesarios para proporcionarle el grado de sedación adecuado. Estos procedimientos suelen realizarse en salas especiales. Terminado el estudio, si fuera necesario le llevarán a una sala donde se le vigilará hasta, que se encuentre en condiciones de retirarse a su domicilio. Si usted está hospitalizado en habitación, luego de su recuperación retornará a su pieza, y de encontrarse en un área de hospitalización como unidad de paciente crítico o cuidados especiales, el procedimiento podrá ser

SEDACIÓN EN PROCEDIMIENTOS

realizado en esa misma unidad o será trasladado a la sala de procedimientos, retornando posteriormente a su unidad.

Previo a la realización de la sedación usted debe permanecer en ayuno por un período de tiempo que le indicarán.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Los fármacos utilizados probablemente le dejarán dormido el tiempo necesario para la realización del procedimiento. Es factible que al despertar sus recuerdos del procedimiento sean parciales o ausentes.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Manejo del dolor y disminuir su nivel de ansiedad.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Si usted no acepta la sedación considere que el procedimiento puede ser muy molesto. En el caso de que el/la paciente considere por experiencias anteriores, propias o ajenas, que la sedación no va a ser suficiente, podría solicitar anestesia general. De ser el caso, probablemente se deberá reprogramar su procedimiento y debe tener presente que tiene asociados riesgos propios y un costo mayor.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

• LOS MÁS FRECUENTES:

- Depresión respiratoria (disminución de la frecuencia respiratoria).
- Alteraciones leves del ritmo cardíaco.
- Desorientación y trastornos transitorios del comportamiento, somnolencia residual

• LOS MÁS GRAVES:

- Apnea (ausencia de respiración).
- Broncoaspiración (paso del contenido digestivo a los pulmones).
- Reacciones alérgicas (muy raras).
- Alteraciones del ritmo cardíaco. Excepcionalmente puede ocurrir una parada cardíaca con secuelas neurológicas o resultado de fallecimiento.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades o tratamientos que usted tiene. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que considere importante.

SEDACIÓN EN PROCEDIMIENTOS

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Nombre y 2 apellidos de representante legal: _____

RUT de representante legal: _____

FIRMA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL MÉDICO

EN CASO DE RECHAZO O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

RECHAZO DE LA INTERVENCION

No autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

FIRMA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

De forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

FIRMA PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL MÉDICO