

CONSENTIMIENTO PARA SEDACIÓN

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- 1) Habiendo prestado conformidad para la realización de una cirugía o procedimiento invasivo conocido como _____, cuyos motivos, características, propósitos, riesgos y eventuales complicaciones me han sido explicadas en términos claros y sencillos, por el presente autorizo al/la **Dr./Dra.** _____ para que lleve a cabo el procedimiento anestésico (Sedación) necesario para la intervención antes mencionada.
- 2) Se me ha explicado que la sedación consiste en provocar un estado variable y reversible de pérdida de consciencia, analgesia, relajación y amnesia. Existen varios grados de sedación, desde superficial, en que el paciente está consciente y podemos hablar con él, hasta profunda, en que el paciente pierde la conciencia y es prácticamente una anestesia general. Todo acto anestésico es un procedimiento capaz de originar lesiones agudas, secuelas crónicas, complicaciones graves e incluso la muerte; toda ellas en relación con el estado de salud previo, edad, tipo, complejidad y duración de la intervención quirúrgica, así como consecuencia de reacciones alérgicas u otros posibles factores de riesgo inevitables. Cada tipo de anestesia tiene sus propios riesgos. Los riesgos no pueden suprimirse por completo.
- 3) Se me ha informado que el objetivo de la sedación es que se puedan practicar determinados procedimientos quirúrgicos o técnicas diagnósticas y/o terapéuticas de una manera segura, sin dolor, y con un cierto grado de amnesia posterior. Se trata también de lograr el máximo confort del paciente, para una óptima colaboración durante el procedimiento. Para ello se emplean medicamentos administrados por vía endovenosa o por vía inhalatoria (respiratoria), en proporción y dosis adecuadas de forma individualizada, según el procedimiento a realizar y el estado clínico del paciente. Durante la sedación, el paciente permanece dormido de forma variable, bajo control médico y monitorización de sus constantes vitales, pudiendo ser necesario ocasionalmente mantener la respiración con maniobras o dispositivos que faciliten la entrada de aire y oxígeno a los pulmones. Siempre es necesario canalizar al menos una vía venosa, para la administración de sueros y medicamentos. Una sedación, independientemente de su profundidad, requiere la misma vigilancia y preparación que una anestesia general; el profesional anestesiólogo se encarga de supervisar y controlar el proceso de la sedación, así como del tratamiento de las posibles complicaciones que puedan surgir.
- 4) Se me han explicado los riesgos del procedimiento anestésico seleccionado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - a) Se debe guardar un ayuno absoluto desde ocho horas antes de la cirugía. El incumplimiento de esta norma supone la suspensión de la cirugía.
 - b) Algunos pacientes pueden presentar complicaciones anestésicas tras el procedimiento, que en general son menores y transitorias, como náuseas, vómitos, mareos o dificultad para orinar, que suelen desaparecer en pocas horas.
 - c) Parte del contenido gástrico puede pasar al pulmón y producir alteraciones respiratorias de diversa gravedad. Esta complicación puede ser grave, pero es muy poco frecuente si se siguen las normas de ayuno indicadas.
 - d) La punción venosa puede requerir más de un intento, en función del grado de dificultad y características de las venas del paciente. Pueden por tanto aparecer hematomas.

- e) La necesidad de un nivel profundo de sedación puede producir un descenso de la tensión arterial, una dificultad respiratoria transitoria y/o un retraso en el despertar.
- f) Puede ser necesario realizar una anestesia general con instrumentalización de la vía aérea y respiración asistida manual y/o mecánicamente.
- 5) Estoy en conocimiento que durante el curso de la anestesia condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el anestesista antes nombrado, o quien el designe, realice/n los procedimientos que sean necesarios deseables a su juicio profesional.
- 6) Se me han explicado alternativas razonables a la sedación, pudiendo realizarse el procedimiento diagnóstico o terapéutico sin la misma. Esto supone que el paciente pueda sentir dolor y discomfort, dificultando, en ocasiones imposibilitando llevar a término la intervención quirúrgica, procedimiento y/o exploración. También se puede optar por realizar una anestesia general, pero se me ha explicado que la intervención puede ser llevada a cabo sin inconvenientes mediante la técnica anestésica de sedación.
- 7) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 8) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Firma: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____