

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA PARA ESTUDIO RADIOLOGICO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Este procedimiento consiste en proporcionarle un estado pasajero de bienestar y confort con pérdida o no del estado de conciencia, de analgesia (pérdida de dolor) y de movilidad.

Esto se consigue mediante la administración fármacos anestésicos por la vía intravenosa, y/o inhalatoria. Para ello, es preciso la punción de una vena para poder administrar sueros y fármacos en función de su situación y tiempo exploratorio. El propósito principal es permitir que se pueda practicar la exploración diagnóstica con la máxima seguridad, sin que padezca ningún tipo de ansiedad y con la colaboración que se requiere la exploración.

Durante la exploración, al estar dormido, es preciso atender la oxigenación correcta con mascarilla, gafas nasales, etc. Y colocar los monitores para el correcto control de las constantes vitales. El médico anestesiólogo es el encargado de controlar todo el proceso de principio a fin y tratar las posibles complicaciones que pudieran surgir.

POSIBLES PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS.

El médico anestesista le informará si existen alternativas, Sedación consciente o sedación inconsciente que permite mitigar ansiedad.

RIESGOS ESPECIFICOS MAS FRECUENTES DE ESTA EXPLORACION.

Todos los procedimientos médicos en general conllevan un cierto riesgo y éste no es una excepción. La administración de la anestesia tiene un riesgo vital minoría.

No obstante, existen unos riesgos típicos que ocurren de forma excepcional como:

- Lesiones en la boca, dientes, etc. Si se requieren maniobras de reanimación por depresión respiratoria y parada cardio respiratoria.
- Broncoaspiración por paso al pulmón del contenido del estómago. Por ello, es importante que guarde ayuno durante seis horas en adultos y cuatro horas en niños de menos de 20 kilos, y dos horas de ayunas incluyendo la no toma de agua tanto en niños como en adultos.
- Molestias de tipo ronquera, náuseas y vómitos.
- Al igual que ocurre con cualquier fármaco, puede producir reacciones alérgicas, que excepcionalmente pueden llegar a ser graves. Se desaconseja la práctica sistemática de pruebas de alergia a los fármacos anestésicos en pacientes sin historia previa de reacción adversa a los mismos.

Si la exploración se realizase bajo anestesia general y a pesar de que se le haya realizado un completo estudio anestesiólogo, se ha descrito un caso de muerte por cada 15000 intervenciones realizadas bajo anestesia general. Como consecuencia de esta. En general, este riesgo anestésico aumenta la comorbilidad, es decir, con la existencia de otras enfermedades, y la gravedad de estas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES:

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me atenderá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la exploración, sea el más adecuado para mi caso

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL PROCESO EXPLORATORIO, así como para que, durante el mismo, el médico tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Si después de leer detenidamente este informe desea más información o necesita alguna aclaración, por favor no dude en preguntar al personal sanitario que le atiende. La firma de este consentimiento no cierra por nuestra parte la obligación de informarle durante todo el proceso asistencial, de modo que **usted puede mantener o retirar su consentimiento en cualquier momento.**

Declaro, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, que he sido informado de forma comprensible sobre la utilidad, naturaleza y riesgos de los procedimientos mencionados. Quedo satisfecho con la información recibida, con mayor motivo tras haber podido formular las preguntas que he creído convenientes y recibido la información suficiente a todas mis dudas. Se me proporcionará además una copia de este documento si así lo deseo. En consecuencia, **doy mi consentimiento para su realización y acepto los riesgos inherentes al procedimiento que me van a efectuar.** Si surgiera alguna situación imprevisible urgente que requiriese algún procedimiento distinto al que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

En caso de que se produzca pinchazo accidental para un profesional del Centro durante el procedimiento, autorizó la extracción de una muestra sanguínea para la determinación de serología del virus de la Hepatitis B, virus de la Hepatitis C y VIH. Los resultados se tratarán con los criterios de confidencialidad de la relación médico-paciente.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del médico y Nº Colegiado)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I.)

(*) Representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D / D^a _____ como paciente (o representante del paciente
D / D^a _____), manifiesto de forma libre y consciente mi

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para _____ ,
haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del médico y N^o Colegiado)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I.)

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D^a: _____

Retiro la autorización para la realización del procedimiento indicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Madrid, a _____ de _____ de 20 _____

Firma del médico

Firma del paciente o de su representante legal (*)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del médico y N^o Colegiado)

Fdo.: _____
(Nombre y apellidos del paciente o de su representante legal y D.N.I.)

En cumplimiento de la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos que nos facilite serán tratados por RESONA S.A.U., con la finalidad de gestionar y dar respuesta a su solicitud. En este sentido, le informamos de que la base legal del tratamiento de gestión y respuesta a las solicitudes se basa en el interés legítimo de LA ENTIDAD, así como en el cumplimiento de una obligación legal.

Asimismo, ponemos en su conocimiento que puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercer el resto de derechos reconocidos por la normativa, en los términos que figuran en la información adicional que podrá consultar en la Política de Protección de Datos de RESONA S.A.U., que figura en nuestra página web www.resona.es

