

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACIÓN
INTERHOSPITAL CENTRO DE IMÁGENES

3. ANESTESIOLOGÍA: DR/A.....

4.-N. Cédula del Paciente.....

5.-Fecha.....

6.-Hora.....

7.- APELLIDOS PATERNO MATERNO NOMBRES

EDAD

8.- Atención: Ambulatoria....Hospitalización.... 9.- DIAGNÓSTICO (CIE 10).....

9.-Procedimiento Recomendado: Sedación fuera de quirófano (ansiolisis, sedación moderada o profunda)

10.-En que consiste. : Administración de medicación anestésica por vía oral, inhalatoria, intravenosa, anestésicos locales para lograr un estado de Sedación (ansiolisis, hipnosis y analgesia) durante el procedimiento médico programado

11.- Como se realiza: La inducción anestésica (comienzo de la sedación) se hará a través de la canalización de una vía venosa periférica. En niños y personas con capacidades especiales podrá pre medicarse vía oral o intramuscular o usarse la vía inhalatoria. Se mantendrá el estado anestésico a través de medicación durante el tiempo del procedimiento con el paciente monitorizado y con una fuente de oxígeno. Se darán indicaciones previas y posteriores al procedimiento anestésico.

13.- gráfico de la intervención:



14.- Duración de la Intervención: El tiempo necesario para el procedimiento programado y que la medicación sea redistribuida en el organismo desde la última administración.

15.-Beneficios del procedimiento: Realización del procedimiento programado bajo Sedación

16.-Riesgos frecuentes (poco graves) Hipotensión, bradicardia,.....

17.-Riesgos poco frecuentes (graves) depresión respiratoria, arritmias, alergias, paro cardiorrespiratorio (1/160000)

18.-De existir escriba los riesgos específicos relacionados con el paciente (edad, estado de salud, creencias)

A.S.A.../5.....

19.- Alternativas al procedimiento: Anestesia General y/o Conductiva en quirófano o realizarlo sin Anestesia

20.-Descripción al manejo posterior al procedimiento: seán dadas al familiar y paciente Se Usó de medicación anestésica no deberá manejar ni hacer actividades que tengan que ver con los reflejos 24 h posterior, Ayuno y reinicio de medicación se darán a cada paciente.

21.- Consecuencias posibles si no se realiza el procedimiento? Paciente se hará el examen/procedimiento sin Sedación o lo suspenderá según criterio de médico Tratante del mismo

22.-Declaracion de consentimiento informado

fecha

hora

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitado, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud, soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto, he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo, se me ha explicado de forma clara en que consiste, los beneficios posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno

Nombre completo de paciente cedula de ciudadanía

firma o huella según caso

Nombre del profesional que realiza procedimiento firma sello y código del profesional

Si el paciente no está en capacidad de firmar el consentimiento informado

Nombre del representante legal

C.C:

firma o huella según el caso

Parentesco

23.-NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida

Nombre completo de paciente cedula de ciudadanía

firma o huella según caso

Nombre del profesional que realiza procedimiento (tratante)

firma sello y código del profesional

Si el paciente no está en capacidad de firmar el consentimiento informado

Nombre del representante legal

C.C:

firma o huella según el caso

Parentesco

Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar

Nombre completo de testigo CC

firma del testigo

24.- REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que hoy por finalizado en esta fecha:.....

Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende

Nombre completo de paciente cedula de ciudadanía

firma o huella según caso

Si el paciente no está en capacidad de firmar el consentimiento informado

Nombre del representante legal

C. C:

firma o huella según el caso

Parentesco