

# CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SEDACIÓN ANESTÉSICA PARA (\*)

---

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

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 retirar 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 despacio la información siguiente. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

## 1. LO QUE USTED DEBE SABER:

---

### EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Consiste en la administración de fármacos que producen una sedación que facilita la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. El nivel de sedación es diferente en cada caso. Va desde la simple eliminación del miedo y la ansiedad del/de la paciente, lo que favorecerá su colaboración, hasta su total inmovilidad, que algunos procedimientos requieren.

### CÓMO SE REALIZA:

A través de una vena se le administrarán los líquidos y fármacos 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 su total recuperación.

Para la realización de la sedación debe usted guardar el periodo de ayuno que le indicarán.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Los fármacos utilizados le dejarán dormido el tiempo necesario para la realización del procedimiento. Es probable que al despertar no recuerde nada del procedimiento realizado.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

No experimentará dolor y disminuirá su nivel de ansiedad durante el procedimiento.

### 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. Ello podría implicar demora en su realización.

### 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 del ritmo 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 gástrico o intestinal a los pulmones).
- Reacciones alérgicas (muy raras).
- Alteraciones del ritmo cardíaco. Excepcionalmente puede ocurrir una parada cardíaca con secuelas neurológicas o resultado de fallecimiento.

LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

## 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

### 2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE DNI / NIE

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL DNI / NIE

### 2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE FECHA FIRMA

APELLIDOS Y NOMBRE FECHA FIRMA

APELLIDOS Y NOMBRE FECHA FIRMA

### 2.2 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , \_\_\_\_\_ manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

EL/LA PACIENTE  
Fdo.:

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL  
Fdo.:

### 2.3 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

---

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

EL/LA PACIENTE  
Fdo.:

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL  
Fdo.:

### 2.4 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

---

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, 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.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

EL/LA PACIENTE  
Fdo.:

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL  
Fdo.: