

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO "ANESTESIA"

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ <i>(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)</i>		RUT: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____	
ASA: _____		
NOMBRE DEL MÉDICO: <i>(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)</i>		RUT: _____
PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO: <i>(NO utilizar ABREVIATURAS)</i>		
HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA: <i>(NO utilizar ABREVIATURAS)</i>		

Dejo constancia que el equipo médico que me trata me ha explicado que derivado de la condición de base o enfermedad que presento debo realizarme una cirugía, diagnóstico o procedimiento para lo cual recibiré alguna técnica anestésica de manera que el equipo médico pueda realizar alguna de las intervenciones antes mencionadas. El equipo médico me ha explicado los riesgos del procedimiento, los tratamientos alternativos y los posibles resultados que se esperan y la evolución de mi condición dejada sin tratamiento alguno.

Se me ha explicado que cualquier intervención médica y por consiguiente todos los tipos de anestesia involucran ciertos riesgos y por tanto no se pueden otorgar garantías o promesas relacionadas con los resultados del procedimiento o tratamiento en cuestión. La ocurrencia de complicaciones severas es rara, sin embargo existe la posibilidad de graves lesiones de órganos vitales (1 de cada 10.000 pacientes). Estos riesgos están relacionados con la edad, con las características propias de cada paciente, con el tipo, complejidad, duración del procedimiento o intervención, dentro de estas podemos encontrar infecciones, sangrado, reacción a drogas, trombosis, pérdida de sensibilidad y/o función de las extremidades, parálisis, embolia, daño cerebral, infarto cardíaco o muerte. Yo entiendo que estos riesgos se pueden aplicar a todo tipo de anestesia y que los riesgos específicos o adicionales serán identificados a continuación, junto con el tipo específico de anestesia que podría ser aplicada.

Los beneficios del procedimiento a corto y medio plazo: Permite realizar la exploración o intervención quirúrgica con un máximo de bienestar y seguridad.

Una de las alternativas anestésicas detalladas a continuación será usada en mi intervención quirúrgica, examen o procedimiento; este será determinado en base a mi condición física, la intervención a realizar, mi preferencia como paciente y/o del equipo médico tratante si este considera que una técnica ofrece mayores ventajas sobre otra.

Se me ha explicado que a veces una técnica puede ser parcialmente exitosa por lo tanto otra técnica tendrá que ser usada adicionalmente, incluyendo la anestesia general.

Firma Paciente o Representante legal _____

Firma Paciente o Representante legal _____

☐ Anestesia General	Resultados esperados	Estado de inconsciencia total y posible colocación de tubo en la tráquea.
	Técnica	Droga inyectada dentro del torrente sanguíneo, o inhalada por los pulmones.
	Riesgos	Dolor garganta, ronquera, daño de boca o dientes, conciencia durante la anestesia, lesión de vasos sanguíneos, aspiración, neumonía.
☐ Anestesia/analgesia espinal o epidural ☐ Con sedación ☐ Sin sedación	Resultados esperados	Disminución o pérdida temporal de la sensibilidad o movilidad de la parte inferior del cuerpo.
	Técnica	Droga inyectada a través de una aguja/catéter ubicado ya sea directamente en el canal espinal o inmediatamente afuera del canal espinal.
	Riesgos	Dolor de cabeza, dolor de espalda, zumbido en los oídos, convulsiones, infección, debilidad persistente, adormecimiento, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos, total espinal, intoxicación por anestésicos locales.
☐ Bloqueo nervioso Mayor / menor ☐ Con sedación ☐ Sin sedación	Resultados esperados	Pérdida temporal de sensación y/o movimiento de una extremidad o área específica.
	Técnica	Droga inyectada cerca de los nervios que causa pérdida de la sensación en el área de la operación.
	Riesgos	Infección, convulsiones, debilidad persistente, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos, neumotórax e intoxicación por anestésicos locales.
☐ Anestesia regional Intravenosa ☐ Con sedación ☐ Sin sedación	Resultados esperados	Pérdida temporal de sensibilidad o movimiento de una extremidad.
	Técnica	Droga inyectada en el sistema venoso de una extremidad mientras se usa un torniquete.
	Riesgos	Infección, convulsiones, arritmias, adormecimiento persistente, dolor residual, daño a las venas.
☐ Cuidados anestésicos Monitorizados (CAM) con sedación	Resultados esperados	Reducción del dolor y la ansiedad provocados por el procedimiento, amnesia total o parcial.
	Técnica	Droga inyectada por el torrente sanguíneo, inhalada por los pulmones produciendo un estado de sedación.
	Riesgos	Depresión respiratoria.
☐ Cuidados anestésicos Monitorizados (CAM) sin sedación	Resultados esperados	Medición de signos vitales, anestesista disponible para la pronta intervención frente a una situación de urgencia.
	Técnica	Ninguna
	Riesgos	Ansiedad, incomodidad.
☐ Instalación vía venosa central	Resultados esperados	Instalación de un catéter en una vena de grueso calibre, para administrar medicamentos, sueros o drogas irritantes por vía periférica. Medición de presión venosa central.
	Técnica	Se lava la piel del cuello y se colocan paños estériles, se aplica anestésico local, se punciona la vena yugular o subclavia y se introduce el catéter, que luego se fija con un punto y se cubre con parche estéril.
	Riesgos	Hematoma de la zona de punción. Infección del catéter. Neumotórax por punción accidental de la pleura. No poder instalar el catéter.

Firma Paciente o Representante legal _____

Por medio del presente documento declaro que el médico suscrito me ha explicado completa y oportunamente la naturaleza, beneficios, objetivos, características, potenciales riesgos y complicaciones del procedimiento, intervención quirúrgica o del tratamiento que me realizará; así como también las alternativas disponibles, el pronóstico esperado y el proceso post-operatorio previsto.

Asimismo, declaro haber comprendido la información entregada y que he tenido la oportunidad de formular preguntas y dudas, las que han sido aclaradas y contestadas a su debido tiempo.

Declaro no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, medicamentos, alergias o riesgos potenciales.

Entiendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por último y en caso de complicaciones o reacciones inesperadas, autorizo a mi médico a realizar las acciones necesarias para resolverlas de acuerdo con su mejor juicio y capacidad.

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

Representante legal:

Rut:

Firma Paciente o
Representante Legal

Firma Anestesiólogo

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento será otorgado por el representante legal.

En caso de paciente pediátrico leer y firmar anexo

REVOCACIÓN

Yo _____, mayor de edad, C.I. _____ en calidad de _____, con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar dejo sin efecto este documento.

Nombre Firma Paciente /Representante Legal

Nombre Firma Anestesiólogo