

**SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA  
Y REANIMACIÓN / UNIDAD DEL  
DOLOR**



(pegatina) o:

Nombre y apellidos.....  
.....  
.....

Edad..... NHC.....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
TÉCNICAS DE SEDACIÓN EN EXPLORACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS**

**NEGATIVA DE INFORMACIÓN** (rellenar sólo si el paciente no desea ser informado)

\* No deseo ser informado sobre mi enfermedad y el procedimiento, pero **SÍ** acepto la realización de dicho procedimiento o intervención.

\* No deseo ser informado, pero deseo que la información de mi enfermedad y la intervención le sea proporcionada a:  
.....

**Firma paciente**

DNI nº:

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

El propósito principal de la sedación para las exploraciones (TAC, Resonancias, Endoscopias, Hemodinámica...) es proporcionarle un equilibrio entre la comodidad y su seguridad, al tiempo que sus funciones vitales (respiratorias, cardíacas, etc.) están controladas.

Durante la sedación podrá usted estar más o menos consciente, o incluso totalmente inconsciente, dependiendo de lo dolorosa o molesta que sea la exploración que le realicen y de su propia tolerancia al dolor/molestias.

La preparación y la vigilancia para realizar una sedación es igual que las empleadas para la Anestesia General.

**RIESGOS:**

La sedación implica un riesgo porque es posible que la necesidad de medicamentos sedantes sea alta y acabe siendo necesaria la **realización de una Anestesia General** para que usted soporte la técnica/procedimiento que le están realizando.

También me ha explicado que entre los riesgos potenciales se encuentran **la sedación excesiva, la hipotensión y/o depresión respiratoria.**

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta los antecedentes:

.....  
.....

*Para evitar o tratar estas y otras reacciones aún menos probables, el médico anestesiólogo controlará todo el proceso de principio a fin, valorará cuidadosamente mi situación, tomará todas las medidas de vigilancia y seguridad y proporcionará el tratamiento que considere necesario.*

**RIESGOS PERSONALIZADOS:**

.....  
.....

**TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:** El/la anestesiólogo/a me ha explicado también las alternativas, incluida la posibilidad de que sea necesaria la realización de una Anestesia General.

**OBSERVACIONES:**

.....  
.....

**Declaraciones y firmas:**

**PACIENTE**

- DECLARO Que he sido informado suficientemente y con antelación por el médico, del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos, complicaciones, beneficios esperables y alternativas. Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran derivarse o producirse por el procedimiento propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención.
- Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
- AUTORIZO al equipo del servicio de Anestesiología colaboradores o ayudantes seleccionados para la realización del procedimiento descrito.
- Con finalidad docente y para promover el avance del conocimiento médico,

CONSIENTO  NO CONSIENTO

la fotografía, grabación u otro tipo de observación del procedimiento, siempre con respeto a mi intimidad, de manera que mi identidad permanezca anónima, siendo responsable el Hospital de Getafe de los citados ficheros.

- Asimismo,

CONSIENTO  NO CONSIENTO

para que todo el material de mi historia clínica, imágenes y cualquier otro tipo de información pueda ser publicado en una revista médica, congreso médico o curso que los facultativos del servicio de Anestesiología consideren pertinentes con fines científicos y docentes.

- En caso de que se produzca un Accidente con Riesgo Biológico para un trabajador durante la Intervención Quirúrgica que se me va a practicar

CONSIENTO  NO CONSIENTO

me realicen una extracción sanguínea para la determinación de serología del virus de la Hepatitis B, virus de la Hepatitis C y VIH. Los resultados obtenidos serán incluidos en su Historia Clínica personal y se tratarán con los criterios de confidencialidad de la relación médico-paciente.

Firma del paciente y DNI

Fecha...../...../ 20.....

**REPRESENTANTE**

D./D<sup>a</sup>..... con D.N.I.....

En calidad de ..... doy mi consentimiento en los términos arriba referidos.

Firma

Fecha...../...../ 20.....

**MÉDICO RESPONSABLE**

.....

Firma

Fecha...../...../ 20.....

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Anulo el consentimiento firmado en este documento. Me han sido explicadas las consecuencias que, sobre la evolución de la enfermedad que padezco / padece el paciente, esta anulación pudiera derivar, y en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma del paciente o representante

Fecha...../...../ 20.....