



SEDACIÓN PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CONSENTIMIENTO INFORMADO

RECOMENDACIONES ANTES DE LA SEDACIÓN

1. Es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia de salud que crea importante comunicar.

2. La exploración se le realizará en régimen ambulatorio, es decir, usted llegará de su casa, se le realizará la prueba y a continuación volverá a su domicilio.

Para que este procedimiento sea seguro se recomiendan unas normas sencillas:

a) Independientemente de la preparación seguida para la endoscopia, debe guardar un ayuno absoluto, incluso de agua, desde 3 horas antes de la realización de la prueba. Este es un punto muy importante, tanto que su incumplimiento interrumpirá la intervención del anestesiólogo.

b) Debe acudir acompañado de un adulto que se responsabilice del traslado a su domicilio después de la realización de la exploración. No podrá conducir un vehículo en las 12 horas siguientes a la realización de la prueba.

c) Debe aportar cualquier informe clínico en su poder sobre enfermedades que padezca o haya padecido, así como la lista completa de la medicación que pueda estar tomando. Si usted toma alguna medicación de manera habitual, no interrumpa el tratamiento salvo que se le indique expresamente.

d) Tras la realización de la prueba permanecerá en la clínica hasta que el anestesiólogo responsable le indique que puede trasladarse a su domicilio. Puede comenzar a tomar líquidos 2 horas después de la exploración y a continuación una dieta que no sea muy pesada. En las horas siguientes a la sedación no debe realizar actividades que requieran una concentración mental importante, ya que estas facultades se verán alteradas de manera transitoria por los fármacos anestésicos.

e) No puede tomar alcohol en las primeras 24 horas después de la sedación.

EN QUÉ CONSISTE LA SEDACIÓN

Para sedarle es necesario canalizar una vena y colocarle un monitor para vigilar su estado durante la realización de la prueba. El anestesiólogo le realizará una serie de preguntas sobre su estado de salud y a continuación le administrará diversos fármacos que harán que tolere mejor el procedimiento.

RIESGOS DE LA SEDACIÓN

Cualquier sedación conlleva siempre un riesgo menor que justifica su uso generalizado, pero existe el riesgo de sufrir una complicación severa; los riesgos no pueden suprimirse por completo. El riesgo de la sedación depende sobre todo del estado de salud del paciente. La administración de sueros y medicamentos que son imprescindibles durante la sedación pueden producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves, pero tienen carácter extraordinario.

Los expertos desaconsejan la práctica sistemática de pruebas de alergia a los medicamentos anestésicos por considerar que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacciones adversas a los mismos. Además, estas pruebas no están libres de riesgo y, aún siendo su resultado negativo, los anestésicos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de esta clínica están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ doy mi consentimiento para que me sea aplicada una SEDACIÓN.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado de procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 8, 9 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Badajoz, a _____ de _____ de _____

PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

MÉDICO

Fdo.:
D.N.I.:

Fdo.:
D.N.I.:

Fdo.:
Nº col.:

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, D/Dña. _____ después de ser informado/a, de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Badajoz, a _____ de _____ de _____

PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

MÉDICO

Fdo.:
D.N.I.:

Fdo.:
D.N.I.:

Fdo.:
Nº col.:

De conformidad con lo dispuesto en el Art. 5 de la L. O. 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán incorporados a un fichero, debidamente inscrito en el R.G.P.D., para el mantenimiento de la relación médico-paciente e historia clínica. Vd. autoriza de forma expresa que sus datos personales sean comunicados, única y exclusivamente en aquellos casos en que sea necesario, a la compañía aseguradora a la que pertenece, con el único fin de prestarle los servicios por Vd. solicitados. Su consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito, a la dirección abajo indicada, la revocación del mismo.

En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, rogamos nos lo comunique debidamente por escrito con la finalidad de mantener su información actualizada. Vd. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito al responsable del fichero: Cliniber Badajoz, S.L. C/ Ramón Fernández Moreno, 16 A. 06006, Badajoz.