

CONSENTIMIENTO INFORMADO/ DOCUMENTO PARA ANESTESIA GENERAL

H.AD.F.01/01

Fecha de edición: 24/10/02

Página 1 de 2

ESPACIO RESERVADO PARA ETIQUETA
IDENTIFICATIVA

VICTOR MONTERO JARA

DECLARO:

Que el Dr./Dra. 18-1071-0 GRANADA

me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a la administración de ANESTESIA GENERAL.

- La anestesia general es un procedimiento cuya finalidad es realizar una operación sin dolor.
- Para anestesiarles es preciso pinchar una o varias venas por las que se administrarán los sueros y medicamentos necesarios según su situación y el tipo de cirugía prevista.
- Por el efecto de los fármacos anestésicos estará dormido y relajado durante la cirugía. Durante la anestesia es preciso colocarle un tubo, a través de la boca o nariz, que llega hasta la tráquea (conducto que comunica la boca con los pulmones). Este tubo se coloca a un respirador, cuya función es mantener la respiración.
- Unos adhesivos con unos cables colocados en el pecho permitirán el control de su función cardiaca. El médico anestesiólogo es el encargado de controlar este proceso de principio a fin y tratar las posibles complicaciones que pudieran surgir.

Riesgos típicos de la Anestesia General:

1. Excepcionalmente, la introducción del tubo hasta la tráquea puede entrañar alguna dificultad y a pesar de hacerlo con cuidado dañar algún elemento de la boca, nariz o faringe.
2. Durante la colocación del tubo puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar alteraciones respiratorias. Una forma de prevenir esta complicación es guardar ayuno absoluto, al menos durante seis horas antes de la intervención programada. Esta complicación es muy seria, pero muy poco frecuente.
3. La administración de los "sueros" y los medicamentos que son imprescindibles durante la anestesia pueden producir, excepcionalmente, algunas reacciones alérgicas. Estas reacciones alérgicas pueden llegar a ser graves, pero tienen carácter extraordinario.

Es necesario que Ud. sepa que las Sociedades Españolas de Anestesiología y Reanimación y de Alergología e Inmunología Clínica, los expertos de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud 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 reacción adversa a los mismos, al igual que ocurre con el resto de los medicamentos. Además estas pruebas no están libres de riesgos y aún siendo su resultado negativo, los anestésicos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico.

Después de la anestesia, durante algunas horas, pueden aparecer algunas molestias como ronquera, náusea y vómitos.

SI TIENE ALGUNA DUDA NO DUDE EN PREGUNTAR.

CONSENTIMIENTO INFORMADO/ DOCUMENTO PARA ANESTESIA GENERAL

Fecha de edición: 24/10/02

Página 2 de 2

RIESGOS PERSONALIZADOS



Estos riesgos se relacionan con el estado de salud previo del paciente y los más significativos son:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Estoy de acuerdo en que si durante la intervención surgieran condiciones que requieran otra actuación, esta se realice. Doy mi consentimiento para cualquier procedimiento adicional o diferente que sea razonable y necesario realizar o apropiado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones,

CONSIENTO
en que se me administre ANESTESIA GENERAL.

APELLIDO Y NOMBRE _____
D.N.I. _____



En Granada a ____ de ____ de _____.

	
Firma del paciente, padre, tutor, familiar o allegado. Tachar lo que no corresponda.	Firma del facultativo. Dr./Dra. VICTOR MONTERO JARA 18-1071-0 GRANADA

REVOCACIÓN.

APELLIDO Y NOMBRE _____
D.N.I. _____

Revoco el consentimiento prestado en fecha ____ / ____ / ____ y no deseo proseguir con el tratamiento, que con esta fecha doy por finalizado.
En Granada a ____ de ____ de _____.

	
Firma del paciente, padre, tutor, familiar o allegado. Tachar lo que no corresponda.	Firma del facultativo. Dr./Dra. _____