

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) ANESTESIA PEDIATRICA

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.

(*) 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.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La anestesia es un conjunto de técnicas que permiten la realización de un acto quirúrgico o médico (endoscopias, pruebas radiológicas, etc.) suprimiendo o atenuando el dolor. Los actos quirúrgicos alteran el funcionamiento de los órganos (corazón, pulmones, tubo digestivo, etc.) y los/las médicos anestesiólogos/as son también los encargados de proteger a los/las pacientes contra estos efectos. La finalidad es mantener a los enfermos en condiciones óptimas durante el desarrollo de la intervención y el postoperatorio.

CÓMO SE REALIZA:

La anestesia es un conjunto de técnicas que permiten la realización de un acto quirúrgico o médico (endoscopias, pruebas radiológicas, etc.) suprimiendo o atenuando el dolor. Los actos quirúrgicos alteran el funcionamiento de los órganos (corazón, pulmones, tubo digestivo, etc.) y los/las médicos anestesiólogos/as son también los encargados de proteger a los/las pacientes contra estos efectos. La finalidad es mantener a los enfermos en condiciones óptimas durante el desarrollo de la intervención y el postoperatorio.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

La anestesia general produce inconsciencia e insensibilidad al dolor.

La anestesia regional produce insensibilidad al dolor y disminución de la fuerza muscular. Después de la anestesia regional la recuperación de la función de los nervios es progresiva y puede retrasarse varias horas.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Le eliminará el dolor y protegerá su organismo de la agresión que supone una intervención quirúrgica, facilitando en gran medida su recuperación posterior.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Cualquier intervención quirúrgica precisa bien de anestesia general, regional o local. La elección de una u otra dependerá del tipo de intervención quirúrgica a realizar y de la enfermedad del niño.

En su caso:

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.

El riesgo anestésico depende de muchos factores como son el tipo y la gravedad de la patología que motiva la operación, si se realiza de urgencia, otras enfermedades que padezca el/la paciente o su edad.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Náuseas y vómitos.
- Afecciones en la garganta en caso de intubación.
- Pueden aparecer otras complicaciones relacionadas con la instrumentación de la vía aérea como espasmo laríngeo y/o broncoespasmo.
- Vértigos y trastornos de la visión, temblores, dolor de cabeza, picores, dolores musculares, articulares y dolor de espalda.
- En las horas que siguen a la anestesia pueden aparecer trastornos pasajeros de memoria, de la atención o del comportamiento del niño.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Paso del contenido del estómago a los pulmones: es muy raro si se ha respetado el ayuno preoperatorio.
- Ceguera, convulsiones, parálisis permanente o pérdida de la sensibilidad, quemaduras cutáneas y electrocución por la utilización intraoperatoria de instrumentación eléctrica.
- Complicaciones imprevisibles que puedan poner en peligro la vida de su hijo como una reacción alérgica verdadera, una hipertermia (fiebre) maligna, insuficiencia respiratoria o una parada cardíaca. La muerte en el curso de una anestesia es muy rara y casi siempre es la consecuencia de un conjunto de complicaciones simultáneas.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Es muy importante avisar, si antes de la intervención el niño presenta sintomatología respiratoria como tos, aumento de la mucosidad o fiebre.

No existen actualmente contraindicaciones absolutas para ser anestesiado. La indicación quirúrgica se establece para que el/la paciente obtenga un beneficio. La decisión final se toma evaluando los posibles beneficios y los posibles riesgos, incluidos los derivados de no realizarse la operación.

En las operaciones no urgentes es importante:

- No padecer un proceso infeccioso agudo de las vías respiratorias.
- No presentar fiebre no originada por la enfermedad que motiva la intervención.
- Descartar preparación inadecuada como por ejemplo: no haber guardado el ayuno.
- Tratar afecciones que se manifiesten después de la consulta de anestesia y que requieran tratamiento antes de la intervención.

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

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE ANESTESIA
-------------------------	------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

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
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 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.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____ a _____ de _____ de _____
 EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE ANESTESIA
-------------------------	------------------------------

2.4 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 _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 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 _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____
