

CONSENTIMIENTO INFORMADO

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA TÉCNICA.

La sedación consiste en la administración de fármacos por vía endovenosa y/o inhalada, de forma individualizada según la tolerancia del paciente al procedimiento, su sensibilidad a los fármacos y su estado clínico con la finalidad de proporcionar un estado relajado, confortable y sin dolor. Idealmente el paciente mantiene la consciencia durante el procedimiento con lo que se consigue su colaboración activa. En ocasiones bien sea por mala tolerancia o por la complejidad del procedimiento es necesaria la inconsciencia del paciente con lo que se pasa a un grado más o menos superficial de anestesia general. La sedación consciente es un complemento a la anestesia local que le será administrada por parte del odontólogo.

RECOMENDACIONES ANTES DE LA SEDACIÓN.

Para poder realizar la sedación con las máximas garantías de seguridad es imprescindible mantener un ayuno de 3 horas para líquidos claros (agua, bebidas isotónicas) y de 6 horas para alimentos y otro tipo de líquidos (leche, zumos). El incumplimiento de este punto, conllevará la suspensión del procedimiento.

Deberá acudir acompañado de un adulto que se responsabilice del traslado a su domicilio una vez terminado el procedimiento. Se recomienda no conducir ni manipular maquinaria pesada en las 12 horas siguientes. Deberá aportar cualquier informe clínico sobre enfermedades que padezca o haya padecido, así como una relación de los medicamentos que tome habitualmente. No interrumpa ninguna medicación salvo que se le indique expresamente.

Una vez terminado el procedimiento, permanecerá en la clínica hasta que el anestesiólogo responsable le indique que puede irse a su domicilio. Salvo que el procedimiento odontológico requiera lo contrario, puede comenzar a tomar líquidos 2 horas después de la conclusión del proceso. Se recomienda no tomar alcohol en las primeras 24 horas después de la sedación.

VENTAJAS Y ALTERNATIVAS DE LA TÉCNICA:

La sedación disminuye la ansiedad y el dolor, aumenta las posibilidades de finalizar con éxito el procedimiento o exploración. Existe la alternativa de realizar la exploración sin sedación, pues aunque con cierto grado de molestias puede ser tolerada por muchos pacientes.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA INTERVENCIÓN:

La sedación implica un riesgo menor que justifica su uso generalizado, pero existe un mínimo riesgo de sufrir complicaciones graves y excepcionalmente mortales. La probabilidad de sufrir una complicación anestésica es del 1% y la mortalidad de causa exclusivamente anestésica es de 1 por cada 10.000 anestésias. Estas complicaciones son más frecuentes en pacientes de edad avanzada, pacientes obesos y/o con enfermedades preexistentes como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, pulmonares y en su caso otros padecimientos como _____

Los principales riesgos incluyen; náuseas, vómitos, dificultad para orinar, flebitis, rotura o movilización de piezas dentarias, dificultades respiratorias, depresión respiratoria, reacciones adversas a fármacos, reacciones alérgicas (aún sin antecedentes conocidos), parada cardíaca imprevista con resultado de muerte, coma o daño cerebral irreversible.

DECLARO:

Que he sido informado por el Médico de las ventajas e inconvenientes de la TÉCNICA de SEDACIÓN y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento sin necesidad de tener que explicar mis motivos. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCIÓN**

Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación del procedimiento de sedación con fines médicos, científicos o docentes, entendiendo que no se revelará mi identidad.

En Madrid a _____
(Indique la fecha en la que recibió este documento)

Firma Paciente o Representante legal

Firma Médico

Fdo: _____

Fdo: _____ col nº: _____

Identificación REPRESENTANTE LEGAL (Cuando proceda):

Nombre y Apellidos (Parentesco): _____ DNI: _____

En virtud de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales, ANESAFE SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES, S.L. le informa que sus datos personales incorporados en este formulario, serán incluidos en un fichero creado bajo nuestra responsabilidad, con la finalidad de comunicarnos con usted para llevar a cabo el mantenimiento y control de la relación de negocio que nos vincula.

Según el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y supresión dirigiéndose por escrito a ANESAFE SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES, S.L., C/ Monasterio de Liébana, nº 3 C. 1º B 28049-Madrid, o al correo electrónico indolora.es@gmail.com.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.

Con fecha _____ revoco el consentimiento.

Firma Paciente o Representante legal

Firma Médico

Fdo: _____

Fdo: _____ col nº: _____

Identificación REPRESENTANTE LEGAL (Cuando proceda):

Nombre y Apellidos (Parentesco): _____ DNI: _____