

Buenos Aires, a los días del mes de de 202.....

Nombre y apellido:

DNI: Fecha de nacimiento:/...../.....

El Consentimiento Informado es la potestad que todo paciente tiene de aceptar libremente y sin presiones, que se practiquen en su cuerpo, por necesidad diagnóstica o terapéutica, algún procedimiento clínico, laboratorio, imagenológico o instrumental. El/los mismo(s) que se realizará(n) con la previa explicación detallada de la persona que realizará el procedimiento, para que el paciente conozca y comprenda cómo será realizado el/los procedimiento(s) y cuáles son sus beneficios, riesgos o complicaciones, y para que pueda obtener respuestas a sus preguntas.

Este documento es puesto en conocimiento del Paciente, Familiar o Representante Acreditado del paciente con anterioridad a la(s) intervención(es) quirúrgica(s) y/o procedimientos médicos necesario(s) que se le vayan a realizar en el Sanatorio Las Lomas quien(es) enterado(s) de su contenido, libre y voluntariamente lo suscribe(n). Para que lo mencionado pueda cumplirse Ud. Debe efectuar todas las preguntas que crea necesarias.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias.

Expresión Consentimiento Informado estudios de imágenes con anestesia

I. DECISIÓN DE INFORMACIÓN

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi atención, los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán, así como también se me ha sido informado que:

1. Puedo NO DESEAR recibir esta información, en cuyo caso el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie NO DESEO SER INFORMADO (Tildar aquí si el paciente no desea ser informado):
2. O puedo autorizar a:, número de DNI a RECIBIR INFORMACIÓN y a DECIDIR sobre a lo que seré sometido.

Además, he sido informado que este consentimiento PODRÁ SER REVOCADO en cualquier momento anterior a la realización del procedimiento, en cuyo caso se suscribe en el lugar que se destina al pie.

II. PROCEDIMIENTO

Estudio a realizar:

Por medio del presente documento, manifiesto entender que:

1. El propósito de administrar anestesia durante el estudio de imágenes en la institución es garantizar mi comodidad y seguridad durante el mismo. La anestesia se utilizará para controlar la ansiedad y eventualmente el dolor, permitiéndome permanecer inmóvil para facilitar la obtención de las imágenes durante el examen.
2. El médico que me solicitó el estudio me ha informado sobre las alternativas diagnósticas disponibles de estudio de imágenes. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis inquietudes fueron abordadas satisfactoriamente. Esto incluye la posibilidad de realizar este examen sin anestesia, siempre y cuando pueda colaborar con las indicaciones necesarias que me indique quien va a realizar el examen.
3. En caso de que se necesiten realizar apneas durante el examen, el profesional médico anestesiólogo puede decidir suspender la anestesia y el estudio.

III. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA

Le informaremos de forma sencilla la función del anestesiólogo, los diferentes tipos de anestesia y los riesgos del proceder anestésico. También lo que puede hacer para disminuir el riesgo anestésico.

El anestesiólogo se encarga de realizar la anestesia y cuidar de su seguridad, bienestar y confort durante el examen. Permanece durante todo el procedimiento/estudio vigilando el normal funcionamiento de su organismo y signos vitales. Para realizar esto necesita de fármacos y materiales de diversa índole como agujas, sondas, tubos, y aparatos: monitores, respiradores.

- **ANESTESIA GENERAL:** Se administran fármacos que hacen que quede inconsciente y permanezca en ese estado mientras dura el procedimiento. Estos fármacos facilitan la realización de la intervención y hacen que su organismo no sienta dolor. Pero suprimen reflejos protectores, como los encargados de mantener libre la vía aérea, o pueden deprimir la respiración. Por eso es necesario utilizar sistemas para proteger la vía aérea, como colocación de tubos en la boca o en la tráquea, y uso de asistencia respiratoria. Los fármacos pueden administrarse por vena y/o gas inhalado.
- **ANESTESIA REGIONAL:** Se inyecta en una zona precisa un fármaco anestésico que bloquea los nervios que transmiten la sensibilidad de la zona a operar. Esa zona queda sin sensibilidad durante un período de tiempo y luego se recupera progresivamente. El bloqueo nervioso puede producir simultáneamente y de un modo transitorio, la pérdida de la movilidad en conjunto con la de la sensibilidad. La anestesia regional puede combinarse con una sedación o incluso con anestesia general.
 - **Anestesia regional central:** Cuando el anestésico se inyecta cerca de la médula espinal (anestesia raquídea o epidural), la zona que es anestesiada es más extensa, por ejemplo, de la cintura para abajo.
 - **Anestesia regional periférica:** Cuando el anestésico se inyecta directamente sobre los nervios de una extremidad o de una región particular del cuerpo.
- **ANESTESIA LOCAL MÁS SEDACIÓN:** El cirujano infiltra con anestésico la zona a operar y el anestesiólogo administra fármacos sedantes y/o analgésicos y monitoriza los signos vitales.

Una vez finalizada la anestesia pasará a un área de recuperación, donde permanecerá un tiempo variable para control y cuidados posteriores. Su anestesiólogo determinará el momento que puede abandonar la sala de recuperación y pasar a una unidad de internación o a su domicilio.

RIESGOS DE LA ANESTESIA

La anestesia es muy segura. Eso no quiere decir que esté exenta de riesgos. Existe siempre un riesgo potencial de muerte o lesiones neurológicas, cardíacas, respiratorias o de otros órganos, transitorias o permanentes. Todo proceder anestésico entraña un riesgo inherente a la técnica. Este riesgo puede verse aumentado en función del procedimiento al que será sometido, de las circunstancias que concurren en Ud. (edad, hábitos tóxicos, patología actual y asociada, antecedentes médicos y quirúrgicos, medicación que recibe, estado previo a la anestesia, etc.) y de las eventuales complicaciones que pueden surgir, inclusive el fallecimiento.

INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA

Manifiesto haber comunicado a mi médico en caso de tomar medicación alguna o que alteren la coagulación, alergias a fármacos, alimentos o materiales (por ejemplo, al látex). Declaro haber respetado el ayuno indicado previo a la cirugía. He manifestado a mi médico en caso de ser fumador asiduo. Estoy en conocimiento que, de ser posible, debo acudir acompañado y no podré conducir o tomar decisiones legales hasta 24 hs posteriores al procedimiento, según el tipo de anestesia realizada.

ANESTESIA A RECIBIR (debe ser llenado por el médico anestesiólogo)

Para la realización del estudio se me aplicará el siguiente plan de anestesia:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> General inhalatoria | <input type="checkbox"/> Epidural |
| <input type="checkbox"/> General balanceada | <input type="checkbox"/> Bloqueo periférico |
| <input type="checkbox"/> General intravenosa | <input type="checkbox"/> Sedación |
| <input type="checkbox"/> Raquídea | |

Consentimiento Informado estudios de imágenes con anestesia

Ley 26529 – Ley 26742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



IV. INFORMACIÓN ADICIONAL

Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal, otorgo en forma libre mi consentimiento al Médico a Cargo para que, en ejercicio legal de su profesión, así como los demás profesionales de la salud que se requieran y del personal auxiliar de servicios asistenciales del Sanatorio Las Lomas, me realicen el/los estudio/s médico/s arriba mencionado/s, y administración de anestesia. Autorizo, para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales en si en el curso del estudio llegara a presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del Médico a Cargo los haga aconsejables.

Declaro que he sido advertido que la práctica de la medicina, no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me garantiza, ni asegura sobre el resultado, liberando de responsabilidad al Equipo Médico, profesionales tratantes y al Sanatorio Las Lomas.

Declaro haber manifestado cualquier condición especial, embarazo o enfermedad, que, pudiera contraindicar este tipo de estudio con anestesia. Acepto que se me coloquen sueros, inyectables, sondas o catéteres sabiendo que su uso puede provocarme alguna molestia o dolor, complicaciones locales (irritación, equimosis, abscesos localizados, hematomas, entre otras).

He sido informado y acepto que, en la adopción de medidas de seguridad y control de calidad, la institución cuenta con un Circuito Cerrado de Televisión (CCTV), que monitorea y graba diversas áreas, pasillos, halls centrales, quirófano, al cual sólo tiene acceso personal autorizado. Acepto que ciertos y determinados datos de mi Historia clínica podrán ser tratados por la Institución con finalidades académicas, estadísticas o científicas relativas al ámbito de la salud, garantizando la institución, que los mismos no permitirán la identificación de su titular. Acepto la admisión de observadores en el ámbito de mi internación, preservando la confidencialidad.

El presente consentimiento ha sido leído y comprendido por mi persona en su integridad, por lo que doy mi pleno consentimiento.

FIRME AQUÍ EN EL CASO DE ACEPTAR REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Firma del paciente (*):

Aclaración:

DNI:

Firma del representante legal (*):

Aclaración:

Vínculo:

DNI:

Firma del profesional tratante:

Aclaración:

Matrícula:

Firma del profesional de Anestesiología:

Aclaración:

Matrícula:

(* En caso de que el paciente sea menor de 16 años o se encuentre en estado de gravedad con impedimento físico, mental y/o psíquico para otorgar por sí mismo el Consentimiento Informado, será el Representante Acreditado quien lo otorgue. Debe ser un familiar de primer grado, o persona que porte un Poder específico otorgado por el Paciente.



Consentimiento Informado estudios de imágenes con anestesia

Ley 26529 – Ley 26742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



Revocación (anulación) del Consentimiento Informado estudios de imágenes con anestesia

Buenos Aires, a los días del mes de de 202.....

Teniendo en cuenta que:

- 1) Con anterioridad a esta fecha he firmado un Consentimiento Informado estudios de imágenes con anestesia,
- 2) Se me ha explicado que, debido a mi diagnóstico arriba indicado, no es conveniente dicha revocación, ya que comprende riesgos para mi salud.

No obstante, **DECIDO** en forma libre e informada: **REVOCAR** a partir de esta fecha el Consentimiento Informado otorgado arriba, asumiendo responsabilidad y deslindando a la institución, médicos y profesionales tratantes.

SOLO FIRME AQUÍ SI DESEA REVOCAR (ANULAR) EL CONSENTIMIENTO YA FIRMADO

Firma del paciente (*):

Aclaración:

DNI:

Firma del representante legal (*):

Aclaración:

Vínculo:

DNI:

Firma de profesional tratante:

Aclaración:

Matrícula:

(* En caso de que el paciente sea menor de 16 años o se encuentre en estado de gravedad con impedimento físico, mental y/o psíquico para otorgar por sí mismo el Consentimiento Informado, será el Representante Acreditado quien lo otorgue. Debe ser un familiar de primer grado, o persona que porte un Poder específico otorgado por el Paciente.

