

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CANALIZACIÓN DE CATÉTER DE MONITORIZACIÓN ARTERIAL INVASIVA AVANZADA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La canalización de una arteria consiste en la colocación, previa punción con una aguja a través de la piel, de un tubo fino de plástico llamado catéter, en una arteria de gran calibre (femoral, radial, humeral), utilizando anestesia local para evitar o disminuir las molestias lógicas en la zona de punción en caso de estar despierto.

Esta técnica puede ser necesaria cuando el estado clínico del paciente hace insuficiente la monitorización habitual no cruenta, siendo necesario para su correcto manejo la obtención de datos más precisos.

La función cardíaca y respiratoria serán controlados mediante la monitorización pertinente según la situación clínica, y el médico anestesiólogo se encargará de controlar todo el proceso de principio a fin, así como de tratar las posibles complicaciones que pudieran surgir.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El propósito principal es obtener datos útiles para el correcto manejo del paciente y que no pueden ser obtenidos de otra forma.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Manejo del paciente con la monitorización convencional recomendada por la SEDAR, no cruenta.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Un manejo del paciente más ajustado a la situación real de éste.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

RIESGOS FRECUENTES

La realización de la técnica no está exenta de complicaciones, siendo las más frecuentes:

1. Pueden surgir molestias en la zona de punción.
2. Es posible la formación de un coágulo (un trombo) en la arteria puncionada, que raramente produce problemas a largo plazo. Asimismo puede haber sangrado por el sitio de la punción (hematoma).

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Muy raramente la presencia del catéter en la arteria puede comprometer la circulación lo suficiente como para tener consecuencias serias.
2. Excepcionalmente, bien tras la colocación del catéter o después de su retirada, a pesar de realizar una compresión adecuada, puede producirse un daño de la pared arterial con acumulación de sangre y coágulos en su interior.
3. Muy raramente, esto tiene mayores consecuencias o requiere medidas para reparar el vaso.
4. Muy raramente la punción puede afectar a nervios adyacentes, o la formación de un hematoma puede llegar a comprimir dichos nervios.
5. Excepcionalmente, la punción puede afectar a una placa de ateroma presente en el vaso, con la liberación de fragmentos de esta hacia el torrente sanguíneo.
6. En ocasiones puede existir infección en la zona puncionada o generalizada, a pesar de la asepsia.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

La ausencia completa de vasos sanguíneos adecuados.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA