

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA CENTRAL 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 vía central consiste en la colocación, previa punción con una aguja a través de la piel, de un tubito fino de plástico llamado catéter, en una vena próxima al corazón (yugular, subclavia o femoral), utilizando anestesia local para evitar o disminuir las molestias lógicas en la zona de punción en caso de estar despierto.

Las localizaciones típicas son en los grandes vasos del cuello, debajo de la clavícula, en la ingle o en el antebrazo.

Esta técnica puede ser necesaria para la administración de alimentación intravenosa, administración prolongada de medicamentos (antibióticos, quimioterápicos), incapacidad de canalizar vías periféricas y valoración de la función del corazón.

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 tener acceso a una vena de calibre suficiente y próxima al corazón para administrar sustancias que resulten peligrosas o poco adecuadas en caso de hacerlo a través de una vena periférica.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No existen técnicas alternativas al procedimiento.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En algunos casos, hay fármacos que no pueden ser administrados de forma segura por otra vía.

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 vena puncionada, que raramente produce problemas a largo plazo. Asimismo puede haber sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
3. En ocasiones puede existir infección en la zona puncionada o generalizada, a pesar de la asepsia.

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

1. Excepcionalmente, en caso de que la técnica se realice en las proximidades del pulmón, puede puncionarse la capa que lo rodea (pleura), produciendo la entrada indeseada de aire en su interior (neumotórax), que puede resolverse espontáneamente o, en los casos más graves, requerir la colocación de un tubo de drenaje para evacuarlo.
2. Muy raramente puede dañarse la pared de la vena, con la salida de sangre o medicaciones de esta, siendo absolutamente excepcional que haya que tomar medidas quirúrgicas para reparar el vaso.

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

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