

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SEDACIÓN ANALGÉSICA ESPECIALIDAD DE ONCOLOGÍA

*¿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 sedación analgésica consiste en la utilización de fármacos (generalmente opiáceos, neurolepticos y ansiolíticos) por vía intravenosa, subcutánea, intramuscular u oral dirigidos a reducir el dolor y el sufrimiento físico o psicológico de los pacientes con síntomas refractarios a otros tratamientos.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El principal objetivo es el alivio sintomático de los pacientes con dolor, disnea o agitación refractaria a otros tratamientos. Otro de los objetivos es la disminución de la ansiedad.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Otros tratamientos que luchan contra el dolor, la disnea o la agitación refractarias son los analgésicos, el oxígeno, los diuréticos, los neurolepticos a dosis bajas y los ansiolíticos.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La consecuencia más lógica de este procedimiento es la disminución del dolor provocado por la enfermedad o los tratamientos, la disminución de la sensación disneica y generalmente la disminución del nivel de conciencia, beneficioso en algunos casos para reducir la ansiedad que acompaña a determinados procesos.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización de la sedación analgésica evitará sus efectos beneficiosos sobre el dolor, la disnea o la agitación no controladas por otros métodos.

RIESGOS FRECUENTES

TOXICIDAD ASOCIADA A LA SEDACIÓN ANALGÉSICA

A. Reacciones agudas (durante su realización o a las pocas horas de su inicio).

-Frecuentes:

1. Disminución del nivel de conciencia.
2. Hipotensión.
3. Descenso de las pulsaciones y el ritmo respiratorio.
4. Coma.

-Poco frecuentes pero potencialmente graves:

1. Coma profundo.
2. Parada respiratoria.
3. Muerte.

B. Reacciones precoces (entre días y semanas).

C. INFORMADO DE SEDACIÓN ANALGÉSICA

–Frecuentes:

1. Disminución del nivel de conciencia.
2. Coma.
3. Estreñimiento.
4. Alteraciones del pulso, la tensión arterial o del ritmo respiratorio.

–Poco frecuentes pero potencialmente graves:

1. Coma profundo.
2. Parada respiratoria.
3. Muerte.

La mayoría de las toxicidades son leves y transitorias. Su médico le informará cómo se pueden aliviar o prevenir algunas de ellas. En casos excepcionales, las reacciones tóxicas pueden ser severas y ocasionalmente producir un desenlace fatal.

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

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