**Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De Historia Clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Servicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente y garantizar su derecho a la comunicación, información, participación y consentimiento. Es un deber ético del profesional de la salud informar adecuada y oportunamente al paciente los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, médicos y/o quirúrgicos a los cuales será sometido. Esta actividad se realiza con anticipación a la ejecución del procedimiento o internación. (Ley 23 de 1981 Art. 15; Decreto Reglamentario 3380 de 1981 Art.12). El paciente tiene derecho a realizar las preguntas que considere necesarias y a que sus inquietudes sean resueltas, así como decidir libremente si se somete al tratamiento propuesto, sin que haya persuasión, manipulación, ni coerción.

**ALCANCE DE ESTE CONSENTIMIENTO O PROCEDIMIENTOS QUE APLICA**

**Todos los pacientes que ingresen al Hospital Regional de Moniquirá que requieran la anestesia general para un evento quirúrgico o diagnóstico dependiendo de la etiología y causa de su enfermedad.**

**DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR**

Conjunto de acciones donde por medio de medicamentos, dispositivos médicos, técnicas anestésicas, entre otros; se somete al paciente a un estado de inconsciencia, anestesia y relajación muscular, para ser llevado a eventos quirúrgicos o diagnósticos según sea el requerimiento. La anestesia se administra mediante inyección intravenosa o por inhalación de anestésicos. Siempre es necesario asegurar la vía aérea y mantener una oxigenación adecuada a través de la inserción de un tubo en la tráquea o el uso mascaras laríngea o facial, según el caso. Para mantener la oxigenación y ventilación se hace uso de un ventilador mecánico. El paciente es monitorizado según los estándares internacionales para cirugía de pequeña, mediana y alta complejidad. Además de esto se garantiza el acompañamiento permanente en el pre intra y posoperatorio por parte de un anestesiólogo capacitado para dicho procedimiento y por todo un equipo quirúrgico que velara por su seguridad y bienestar.

**RIESGOS A LOS CUALES ESTÁ EXPUESTO CON LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

* Dolor agudo en garganta o nariz.
* Dolor en el lugar de la punción del acceso venoso
* Vomito postoperatorio.
* Hipertensión o hipotensión por fuera de los niveles aceptados para cada caso
* Hipoventilación o disminución de la cantidad de aire que entra en los pulmones, con la consecuente disminución de la cantidad de oxígeno en la sangre.
* Sangrado intraoperatorio que requiera la necesidad de transfundir hemoderivados o sustancias biológicas para controlar el sangrado
* Alteraciones cerebrales. Recuperación parcial de la función cognitiva o psicomotora.
* Lesiones temporales o definitivas en nervios periféricos.
* Trauma dental, lesión o perdida de piezas dentales y eventualmente su bronco aspiración.
* Laringoespasmo, broncoespasmo, edema pulmonar.
* Falla renal. Falla multiorganica
* Reacción alérgica leve, moderada o grave a los medicamentos administrados.
* Arritmia cardiaca, isquemia, infarto o paro cardiaco.
* Obstrucción aguda de la vida aérea. Posible necesidad de que una vida aérea quirúrgica como traqueotomía o cricostomía.
* Lesión de las cuerdas vocales con ronquera temporal o permanente en el postoperatorio o lesión definitiva.
* Hipotermia.
* Hipertermia maligna, corresponde a un síndrome poco frecuente que afecta a los pacientes sometidos a anestesia general y se caracteriza por elevación de la temperatura corporal signos de metabolismo incrementado, rigidez muscular y muerte.
* Lesiones en los nervios periféricos por posición quirúrgica
* Flebitis en el lugar de la venopunción.
* Trombosis y embolia.
* Ocasionalmente, la muerte.

**RIESGOS O CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

* Imposibilidad de realización del procedimiento quirúrgico o diagnóstico.
* Complicaciones relacionadas con la indicación de cada procedimiento quirúrgico o diagnóstico.

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BENEFICIOS**

* Reduce la probabilidad de recuerdos traumáticos asociados al intraoperatorio.
* Controla la respuesta de su corazón, pulmones, cerebro y otros órganos frente al estrés quirúrgico intraoperatorio.
* Brindan condiciones físicas en el paciente adecuados para realizar la cirugía por parte del cirujano.

**Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

* Anestesia regional y sedación (dependen de la patología, indicación y condición del paciente).
* Se ha demostrado efectividad y mayor satisfacción del paciente con técnicas combinadas General/Regional cuando el procedimiento lo amerita y el anestesiólogo lo considera beneficioso

**Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN BRINDADA? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado con CC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_actuando en nombre del propio, en concordancia del texto anterior y por artículo 1502 del código civil DECLARO DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA que he comprendido el texto anterior y por lo tanto; AUTORIZO que se me realice el procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Paciente** |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD MENTAL, LEGAL O FÍSICA.**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como responsable del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible. En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Acudiente o responsable del paciente**  |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA O URGENCIA VITAL**

En casos de urgencia o emergencia, en los que se requiera intervención inmediata, y que la no realización del procedimiento requerido implique riesgo de muerte o secuela funcional grave para el paciente, y éste no se encuentre en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su familiar, o quien se encuentre a su cuidado.

En los casos antes mencionados, el profesional médico o especialista deberá brindar toda la información a familiares, acompañantes o tutores, quienes deberán firmar en representación del usuario. En caso de paciente sin acompañante o sin red de apoyo, firmará el medico más un testigo.

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como testigo de la atención del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible. En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Acudiente o responsable del paciente si existe**  |  |  |  |
| **Profesional o testigo**  |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE DESACUERDO.**

Si usted **NO DESEA** que se le realice el procedimiento, es también un derecho que debe respetar, por lo tanto, dejo firmado como constancia de mi decisión, así las cosas: **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento y renuncio a sus beneficios, haciéndome responsable de las posibles complicaciones o Riesgos para mi salud de la no ejecución.

Indique las causas del disentimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Paciente** |  |  |  |
| **Acudiente o responsable del paciente** |  |  |  |
| **Médico o profesional asistencial** |  |  |  |

**RECOMENDACIONES POST PROCEDIMIENTO**

* No conducir vehículos automotores al menos 24 h posteriores a la anestesia.
* Seguir indicaciones puntuales del cirujano según procedimiento realizado
* Cumplir con el tratamiento médico indicado
* Consultar en caso de fiebre, dolor intenso, cefalea, vomito.
* En caso de reacciones, síntomas de cualquier índole, consultar con el servicio de urgencias.