

	Identificación de la parturienta NOMBRE: PROCEDENCIA(CAMA): NHC : FECHA : / /
CONSENTIMIENTO INFORMADO	SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

ANALGESIA / ANESTESIA EPIDURAL OBSTETRICA

¿QUÉ LE VAMOS A HACER?

1. Descripción del procedimiento

- En qué consiste: La anestesia epidural elimina la sensación de dolor producida por las contracciones de parto.
- Cómo se realiza: Se inyecta el anestésico local en un determinado lugar de la columna vertebral en la proximidad de dichos nervios. La inyección no duele ya que el punto de la misma está previamente anestesiado. Nosotros vigilamos todas sus funciones vitales durante la anestesia para evitar cualquier posible complicación. La anestesia local-regional no suele ocasionar lesiones nerviosas en contra de la creencia popular.
- Cuánto dura: La analgesia epidural se mantiene de forma continua durante todo el proceso de dilatación hasta el momento del parto, pudiendo ser utilizada como anestesia en el caso de que sea necesario realizar un parto instrumentado (fórceps, ventosa, espátulas), o una cesárea.

2. Qué objetivos persigue: Supresión del dolor durante el trabajo del parto

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

1. Riesgos generales:
 La frecuencia de aparición de complicaciones es muy baja y cuando aparecen en la mayor parte de los casos suelen ser complicaciones leves. Las complicaciones graves son extremadamente raras.
 Las complicaciones más frecuentes son:

- Calambres; temblores; picores.
- Náuseas y vómitos.
- Punción intravascular (paso del fármaco al torrente sanguíneo).
- Disminución de la movilidad de las piernas durante el periodo de dilatación.
- Dolor de espalda.
- Disminución de la tensión arterial.
- Retención de orina.
- Analgesia insuficiente.
- Punción intradural (salida del líquido cefalorraquídeo que rodea la médula). Puede producir dolor de cabeza.

Las complicaciones menos frecuentes son:

- Punción dificultosa o imposible de realizar.
- Aumento del parto instrumentado (forceps, ventosa, espátulas).
- Complicaciones que afectan a las raíces nerviosas (excepcionales).
- Complicaciones infecciosas (excepcionales).
- Reacciones alérgicas: tienen carácter extraordinario y los expertos desaconsejan la práctica sistemática de pruebas de alergia.
- Rotura de la aguja o del catéter.

2. Riesgos personalizados:
 Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones.....

3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:
 Analgesia durante el trabajo del parto (anestesia si procede) y control del dolor postoperatorio.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

En la actualidad la anestesia epidural es la forma más eficaz para controlar el dolor del parto. No obstante existen otros métodos: analgésicos intramusculares, técnicas de relajación (preparación al parto). Será el anestesiólogo en consulta con el obstetra, los que determinaran que técnica es la más adecuada en su caso.

En caso de decidirse por la anestesia LOCO-REGIONAL, será el anestesiólogo el encargado de realizar la técnica y de su posterior control durante TODO el tiempo que dure el parto, conjuntamente con el obstetra y la matrona.

¿NOS AUTORIZA?

Por este documento solicitamos la autorización para realizarle el procedimiento y/o prueba a la paciente, y usar imágenes e información de la Historia Clínica con fines docentes o científicos, ya que está siendo atendido en un Hospital Universitario. El anonimato será respetado.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

Conforme a lo dispuesto en la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos) 15/1999 de 13 de diciembre se informa que los datos del paciente serán objeto de tratamientos e incorporados a ficheros sanitario con fines asistenciales, de gestión, investigación científica y docencia. Solo podrán ser cedidos a organismos autorizados. Podrá ejercer el derecho a acceso, cancelación, rectificación y oposición en la Dirección Gerencia del centro sanitario.

1. Relativo a la paciente:

D./D.^a con D.N.I.

He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas; la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable y/o médico residente supervisado por facultativo especialista. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

Sé que estoy siendo atendido en un Hospital Universitario. Autorizo SI NO para utilizar material gráfico o biológico resultado de la intervención, el cual puede ser susceptible de ser almacenado y usado, con fines docentes y científicos.

Firma del paciente

Fecha:/...../.....

2. Relativo al médico que solicita:

Dr./Dra he informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico

Fecha:/...../.....

3. Relativo al médico que realiza:

Dr./Dra he informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico

Fecha: /..... /.....

4. Relativo a los familiares y tutores:

El paciente D./Dña no tiene capacidad para decidir en este momento.

D. /D^a. con D.N.I. y en calidad de

..... he sido informado/a suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del tutor o familiar

Fecha:/...../.....

5. Relativo a la no aceptación (REVOCACIÓN) del Consentimiento Informado:

D./Dña con D.N.I.

He sido informado de que puedo revocar este documento previamente a la realización de la intervención, por lo que manifiesto que NO doy mi Consentimiento para someterme a la realización de la misma, dejando sin efecto mi Consentimiento anterior. Deseo hacer las siguientes observaciones

.....
Firma del Paciente

Fecha:/...../.....

6. Relativo a la RENUNCIA al Derecho de Información:

D./Dña con D.N.I.

Pongo de manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho de información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado.

Firma del Paciente

Fecha:/...../.....