



Consentimiento informado para la práctica de Anestesia Local .

Paciente D./Dña _____ Con D.N.I.- _____ y número de historia: _____, Diagnóstico: _____

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

A.- LO QUE USTED DEBE SABER

1.- En que consiste, para que sirve:

El procedimiento al que usted va a someterse produce dolor y es por ello que es necesario aplicar un vehículo anestésico para mitigar el dolor producido la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido.

2.- Como se realiza:

Este procedimiento consiste en la inyección de un medicamento anestésico local, alrededor de la zona a intervenir para provocar un bloqueo nervioso de estas estructuras usando una aguja que variará de tamaño según la zona que se infiltra.

3.- Que efectos le producirá:

Anestesia.

4.- En que le beneficiará:

No apreciar dolor durante la intervención

5.- Que otras alternativas tiene:

Anestesia general o epidural. .

5.- Que riesgo tiene:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

• LOS MÁS FRECUENTES:

- Dolor en la zona de punción.
- Irritación nerviosa y adormecimiento en la zona de punción que puede durar unos días.
- Hematoma en la zona de punción.
- Lesión de vasos adyacentes.
- Lesión de nervios adyacentes.
- Lesión de los tendones adyacentes.
- Infección en la zona de punción.

• LOS MÁS GRAVES:

- Reacción de tipo valgal (mareo, vómitos).
- De tipo neurogénico (se producen a grandes dosis y muy superiores a las utilizadas en anestesia del pie) pérdida de consciencia, taquicardia, crisis de ansiedad, convulsiones y shock.

- De tipo cardiogénico (se producen a grandes dosis y muy superiores a las utilizadas en anestesia del pie o en anestésicos intravasculares) bradicardia, pérdida de consciencia, paro cardíaco.

6.- Otras cuestiones para las que les pedimos su consentimiento.

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

B.- ESQUEMA GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN EN SI:

C.- DECLARACION DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo Don/Dña _____ he leído la hoja de información que me ha entregado el/la Podólogo D/Dña _____ con número de Colegiado _____. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el podólogo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones de la misma forma que AUTORIZO a la práctica de técnica requerida, así mismo queda implícitamente autorizada la exploración física previa y de laboratorio, así como la toma de fotografía o vídeo con fines exclusivamente científicos. De igual forma me comprometo a seguir los consejos y recomendaciones que me sean ordenados para el período postoperatorio así como a asistir a consulta para las curas y revisiones que sean precisas.

CONSIENTO que se me realice el procedimiento quirúrgico de :

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. EL / LA PODÓLOGO / A

Fdo. EL / LA PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL

D.- REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña _____ REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al procedimiento de _____

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. EL / LA PODÓLOGO / A

Fdo. EL / LA PACIENTE