

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS CON ANESTESIA LOCAL**

Nº de Historia:

Don/Doña:....., deaños de edad,

(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI:

(Domicilio del paciente)

Don/Doña:....., deaños de edad,

(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI:

(Domicilio del representante legal)

En de de

(Representante legal, familiar o allegado)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

del Servicio de Cirugía Torácica/Neumología, me ha explicado que, en mi situación, es conveniente proceder a la indicación de, bajo anestesia local y que no existe una alternativa terapéutica eficaz.

1.- Mediante este procedimiento se pretende

La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o didácticos, siempre que se preserve mi identidad.

2.- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia local, aunque a veces es necesario durante su realización recurrir a la administración de anestesia general, y que es posible, aunque excepcional, que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y hemoderivados, de cuyos riesgos me podrán informar los servicios de anestesia y hematología.

3.- Tras la infiltración con anestesia local en la zona, se procederá a realizar la intervención antes reseñada. También sé que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos secundarios y complicaciones, tanto las comunes derivadas de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento. Poco graves y frecuentes son la infección y el sangrado de la herida quirúrgica, con o sin formación de hematoma. Menos frecuente es la lesión cutánea por reacción alérgica a la medicación utilizada. Con frecuencia puede quedar dolor prolongado en la zona de la operación, así como cicatrices retráctiles o antiestéticas. Con poca frecuencia, pero puede ocurrir una reacción alérgica grave a los anestésicos locales que puede conducir a un shock anafiláctico, con peligro de muerte; así mismo, pueden lesionarse las estructuras anatómicas que se encuentran en la zona en donde se va a realizar la intervención. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con el tratamiento adecuado, pero que pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:
.....
.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha

atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas 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 estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice **ANESTESIA LOCAL**.

En

a

(Lugar)

(Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña , de, años de
edad

(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y DNI.....

.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña , de, años de
edad

(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en y DNI.....

.....
(Domicilio del representante legal)

en calidad de....., de

.....
(Representante legal, familiar o allegado)

.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En

a

(Lugar)

(Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado