



## CONSENTIMIENTO INFORMADO. SEDACION ENDOSCOPIA DIGESTIVA.

La realización de la prueba a la que va usted a someterse puede resultar en algunos casos molesta, para una mejor tolerancia se puede realizar bajo sedación profunda.

### ¿Qué es la sedación profunda?

Es un procedimiento mediante el cual el médico le administra un fármaco mediante una inyección endovenosa, que le dejará totalmente dormido durante un breve periodo de tiempo, mientras dure la prueba, pudiendo marcharse acompañado a su domicilio, tras ser dado de alta.

### ¿Hay algún riesgo?

Como en todo procedimiento bajo sedación existen riesgos y complicaciones, que pueden producirse tanto durante la misma sedación como durante la exploración complementaria, ordinariamente corregibles con las medidas clínicas y terapéuticas de las que usted dispondrá durante la sedación.

Las publicaciones científicas sobre riesgos anestésicos y sus complicaciones dejan constancia de que estas puedan significar alteraciones cardíacas, respiratorias y neurológicas, pudiendo incluso llegar a un estado de coma o muerte, aunque cabe añadir que tales graves complicaciones son muy infrecuentes (1/10.000).

Existen otras complicaciones de menor importancia como: náuseas y vómitos, o un hematoma tras la colocación de cánulas o aplicación de cualquier anestésico local.

Así mismo sus antecedentes personales pueden incrementar los riesgos anteriormente citados.

**Se me ha informado de la necesidad de estar en ayunas:** Los pacientes adultos no pueden tomar ningún tipo sólido o líquido (incluida agua) durante 6 horas antes de la prueba.



**Se me ha informado del riesgo que supone el manejo de maquinaria y vehículos después de una sedación**, por lo que conozco que no puedo conducir ningún tipo de vehículo ni usar maquinaria sofisticada o peligrosa hasta pasadas 8 horas.

Siéndome dada la información sobre la técnica a la que voluntariamente me voy a someter, entiendo la descripción de dicha técnica, conociendo los beneficios que me puede reportar, así como las posibles complicaciones y riesgos generales que se pueden derivar y los particulares de mi caso, y habiendo sido informado de las alternativas existentes, **AUTORIZO** a la Unida de Endoscopia Digestiva a realizar el procedimiento anestésico que me ha sido propuesto.

Sé que el otorgar este consentimiento informado no supone ningún tipo de renuncia a mis derechos médico-legales de todo orden, así como también puedo anularlo en cualquier momento previo a la sedación.

**PACIENTE O REPRESENTANTE**

Nombre:

Firma:

DNI:

**MEDICO**

Nombre:

Firma:

Nº Colegiado:

Huércal Overa, a ..... de ..... año 2.0.....