

Por favor diligencie este documento con tinta negra, letra clara y sin tachones o enmendaduras. Recuerde: El consentimiento informado es un documento legal

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SEDACIÓN

Fecha: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Tipo y Documento _____

- Yo, _____ identificación número _____ por la presente autorizo al Doctor _____ para realizar el procedimiento de sedación en mí _____ mi familiar menor de edad _____ mi familiar adulto en condición de discapacidad, para el (los) procedimiento(s) endoscópico(s) que se me va a realizar.
Declaro haber decidido libre y voluntariamente recibir los medicamentos necesarios para la sedación, habiendo sido informado ampliamente de sus *beneficios* y probables riesgos y pudiendo hacer las preguntas que consideré necesarias previo a la firma de este consentimiento. De esta manera se me explicó que y comprendí que:
- La sedación es un procedimiento mediante el cual se administran medicamentos específicos con la finalidad de inducir un estado de somnolencia y analgesia (supresión del dolor) con amnesia (no recuerdo) del evento y de un periodo de tiempo variable posterior a la finalización del mismo (Incluida la recuperación) con el propósito de hacer más cómodo e incluso más seguro el procedimiento endoscópico a realizar.
- Los efectos secundarios más comunes de la sedación son náuseas, vómito vértigo ,arritmias (alteración de la regularidad y frecuencia del ritmo cardiaco) , alteraciones respiratorias incluido el aumento de nivel del efecto de los medicamentos a estado anestésico que requiera asistencia respiratoria, sudoración , hipo, tos , dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes ,infarto agudo de miocardio, paro cardio respiratorio ,entre otros , existiendo incluso un riesgo muy bajo de mortalidad. En Emdiaagnóstica se cuenta con protocolos claros de atención y contingencia para el manejo de las posibles complicaciones y se cuenta con protocolo de remisión de pacientes a nivel hospitalario en caso de necesidad. Todas las anteriores complicaciones ocurren en una frecuencia variable dependiendo de las enfermedades previas y la edad, siendo en general menores al 0,4%.
- Para la administración de la sedación es indispensable la canalización de un acceso venoso, para el cual Emdiaagnóstica cuenta con un protocolo con la finalidad de disminuir sus riesgos. Los riesgos de la venopunción y administración de medicamento por dicha vía más frecuentes son: Dolor, enrojecimiento de la piel, flebitis (inflamación de la vena) celulitis (infección de la piel), hematoma (acumulación de sangre en piel y/o músculo), entre otros.
- Entiendo que el anestesiólogo podrá decidir que no es conveniente en mi situación específica la realización de sedación o que durante el curso del acto anestésico se pueden presentar situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos caso en el cual el Anestesiólogo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como prioridad.
- He asistido a la realización del procedimiento endoscópico bajo sedación en la compañía de un adulto responsable capaz de asistirme en todo momento que se requiera, requisito sin el cual **NO** se administrará sedación en ninguna circunstancia.
- Durante la situación actual de pandemia SARS Cov 2 , COVID-19, existe un riesgo adicional de infección que inicia desde el contacto social y exposición durante el traslado, permanencia en salas de espera y realización de los procedimientos endoscópicos por la generación de gotas y aerosoles. Es necesario para disminuir el riesgo de infección tener un plano de sedación que impida la producción de tos durante la endoscopia alta y el paso fácil del cricofaringeo para lo cual se podrían requerir dosis un poco más altas de lo usual, lo cual podría llevar a un aumento de los riesgos enumerados en el punto 3. Usted debe saber que Emdiaagnóstica cuenta con anesthesiólogos entrenados para la detección y manejo de posibles complicaciones asociadas. sigue rigurosos procesos de desinfección y cuenta con servicio tercerizado para esterilización de material de reúso**
- Emdiaagnóstica toma todas las medidas disponibles y avaladas por la evidencia científica con respecto a las estrategias más eficientes para disminuir el riesgo de contagio de los pacientes mientras estos permanecen en sus instalaciones físicas, sin embargo, es indispensable la colaboración del paciente y de su acompañante en el seguimiento de estas recomendaciones para poder cumplir este objetivo. A pesar de la aplicación juiciosa de todas estas estrategias, a nivel internacional se ha reportado la posibilidad de contagio por el simple contacto social.**
- No podré realizar actividades que exijan atención como manejar vehículos o maquinaria o realizar trámites legales durante un margen de 8 horas posterior a la administración de la sedación.
- Se me explicó que en caso de haber presentado síntomas respiratorios, fiebre y/o malestar general dentro de las dos semanas previas a la realización de este procedimiento, en caso de que se sospeche que tengo infección por Covid 19 o se me hubiere confirmado dicha infección éste procedimiento no puede ser realizado y debería encontrarme en aislamiento y tratamiento. En tal sentido Declaro que dentro de las 2 semanas previas, incluyendo el día de hoy ,no he presentado síntomas respiratorios, fiebre y/o malestar general , no se tiene se sospecha de que tenga infección por Covid 19 ni se me ha se diagnosticado dicha infección.**
- Manifiesto que he leído o me han leído y he comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento. También se me explicó que en todo caso, podré revocar o desautorizar la realización de este procedimiento en cualquier momento durante el examen de lo cual quedará registro en mi historia clínica.
Certifico que, según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes médicos, quirúrgicos y gineco-obstétricos, incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes y después del acto anestésico, entendiéndolo que de no seguirlas, mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Por favor responda el siguiente cuestionario (Marque con una X)

1- Se encuentra en ayuno (incluido líquidos) de 6 horas o más	SI	NO
2-Ha consumido alcohol o sustancias psicoactivas dentro de las 24 horas previas a este procedimiento.	SI	NO
3. Se encuentra anticoagulado?	SI	NO
4- Si se encuentra anticoagulado siguió las recomendaciones médicas para este procedimiento como por ejemplo suspensión o terapia puente?.	SI	NO
5 ¿Padece alguna enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, etc.) severa , padece hipertensión arterial, inadecuadamente controlada, insuficiencia renal crónica o enfermedades del corazón serias incluyendo infartos, enfermedad valvular o reemplazos valvulares cardiacos y/o tiene un cardio desfibrilador implantado? Tiene marcapaso?. ¿Padece alteraciones conocidas serias del sistema inmune?	SI	NO
6. ¿Padece obesidad, Apnea de sueño, Cirrosis hepática, es diabético y/o se encuentra en embarazo?	SI	NO
7- Es capaz de caminar 3 cuadras o subir dos pisos sin que le falte el aire?	SI	NO
8 ¿Usted o alguien con quien vive, en las últimas 2 semanas , ha tenido fiebre de 38°C o más asociado a dolor de cabeza, tos seca, dificultad respiratoria, dolor de garganta, reducción o pérdida del olfato o el gusto (capacidad de percibir sabores o ha presentado diarrea de reciente aparición?	SI	NO
9. ¿Usted o alguien con quien vive tiene diagnóstico de infección por Covid 10 o ha estado en contacto con alguien en quien se esté sospechando infección por COVID-19 o haya sido diagnosticado con este virus?	SI	NO
10. ¿Usted o alguien con quien vive ha estado fuera del país o en contacto en las últimas 2 semanas , con viajeros provenientes del exterior?	SI	NO

Firma del Paciente _____

Firma del Anestesiólogo. _____

En caso de ser menor de edad o tratarse de persona en situación de discapacidad este documento deberá ser firmado además del paciente por su tutor o persona de apoyo responsable. Nombre de tutor o apoyo responsable _____ Identificación _____ Parentesco/relación _____

Firma tutor/Apoyo _____

REGISTRO DE SEDOANALGESIA

PROCEDIMIENTO: _____

ANTECEDENTES: _____

Patológicos: _____

Quirúrgicos: _____

Farmacológicos: _____

Tóxicos alérgicos: _____

REVISIÓN POR SISTEMAS: Disnea: _____ Ángor: _____ PESO: _____ Kg
EXAMEN FISICO: TA: _____ / _____ FC: _____ x min; Mallampati: _____ / IV; Temperatura: _____ °C;
Cabeza: Normal: _____ Cuello: Normal: _____
Tórax: Normal: _____
Abdomen: Normal: _____
Extremidades: Normales: _____
Neurológico: Normal: _____ . ASA ___/V

LISTA DE CHEQUEO

- ¿Se verificó uso completo de los equipos de protección personal (EPP) del personal asistencial en salas? Si: _____ No: _____
- ¿Se verificó uso completo de los equipos de protección personal (EPP) en el paciente? Si: _____ No: _____

Paciente optimizado para procedimiento? <input type="checkbox"/> Si. <input type="checkbox"/> No	Equipos de emergencia completo? <input type="checkbox"/> Fuente de luz <input type="checkbox"/> LMA-TOT-cánulas <input type="checkbox"/> Succión/cánulas <input type="checkbox"/> Fuente de O2, mascarar <input type="checkbox"/> Bolsa reanimación con reservorio <input type="checkbox"/> Adrenalina, Atropina, Lidocaína, Líquidos IV, Amiodarona <input type="checkbox"/> Naloxona <input type="checkbox"/> Esquema llamada apoyo establecido <input type="checkbox"/>	Hubo problemas con los equipos <input type="checkbox"/> Si. <input type="checkbox"/> No
Complejidad procedimiento y Sedación/analgesia revisado? <input type="checkbox"/> Si		Se proporcionan recomendaciones Y criterios de salida <input type="checkbox"/> Si
Vía aérea difícil / riesgo de Aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, hay equipo disponible		Plan de acompañamiento y manejo Post procedimiento revisado <input type="checkbox"/> Si

MONITORIA: T.A.: _____ FC: _____ SaO2: _____ EKG: _____ Hora Inicio: _____

170																				
160																				
150																				
140																				
130																				
120																				
110																				
100																				
90																				
80																				
70																				
60																				
50																				
SaO2																				

MEDICAMENTOS	Dosis inicial	Dosis total
Oxígeno cánula		
Remifentanil		
Propofol		
Otro: _____		

RECUPERACION

HORA	DESCRIPCIÓN	VALOR
1	CONCIENCIA	
2	ACTIVIDAD	
3	RESPIRACIÓN	
4	CIRCULACIÓN	
5	SATURACIÓN	
6	DOLOR	
7	NAUSEA/VOMITO	
8	TOTAL	

AUTORIZA SALIDA: _____

CONTROL DE SEDACIÓN

- Requirió permeabilización de la vía aérea Si: _____ No: _____
- Requirió ventilación a presión positiva Si: _____ No: _____
- Requirió intubación endotraqueal Si: _____ No: _____
- Se presentó otra complicación Si: _____ No: _____
- ¿Cuál? _____

Firma Anestesiólogo: _____