



Este documento, tiene una finalidad meramente informativa. El día de la realización del tratamiento, se le hará entrega del mismo formulario, pero personalizado con sus datos y los datos del doctor que le intervendrá, y si tendrá validez como consentimiento al realizar la intervención ahora descrita. El objetivo de esta entrega previa, es que lo pueda leer detenidamente y si le surge cualquier tipo de duda, nos los pueda hacer saber con anterioridad a la intervención.



TEXTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LA SEDACIÓN CONSCIENTE DURANTE PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS Y MAXILO-FACIALES

El procedimiento quirúrgico-odontológico al cual usted va a ser sometido de forma voluntaria
..... puede conllevar asociadas ciertas molestias (dolor, incomodidad, nerviosismo, ansiedad). Con el objetivo de minimizar dichas molestias y asegurar un óptimo confort y tolerancia durante la realización de dicho procedimiento se le realizará una sedación consciente.

¿QUÉ ES LA SEDACIÓN CONSCIENTE?

Consiste en la administración por parte del anestesiólogo de medicación anestésica vía oral o intravenosa que le proporcionará cierto grado de relajación y/o somnolencia que disminuirá su ansiedad y conseguirá abstraerle de estímulos externos desagradables (ruido, frío, conversaciones). Esta técnica se realiza bajo monitorización de la frecuencia cardíaca y de la oxigenación sanguínea periférica.

La sedación consciente tiene como objetivo principal mantenerle calmado, cómodo, sin dolor y parcialmente comunicativo con el equipo profesional que le atiende. Tras la finalización del procedimiento quirúrgico-odontológico usted podrá ser dado de alta a su domicilio.

POSIBLES RIESGOS

El efecto de los fármacos administrados siempre tiene una variabilidad interindividual en función de la edad, peso, interacciones medicamentosas con medicación que usted tome habitualmente y sus antecedentes médicos previos.

La sedación consciente siempre transita en la frontera con la sedación inconsciente (anestesia general). Entre los riesgos potenciales se encuentra la sedación excesiva, hipotensión, broncoaspiración de secreciones y/o sangre o incluso depresión respiratoria.

Para evitar y tratar cualquier posible complicación el anestesiólogo estará controlado todo el proceso de sedación de principio a fin, ayudado por la monitorización y soporte farmacológico pertinente.

RIESGOS PERSONALIZADOS

En función de sus antecedentes médicos personales a los riesgos anteriormente citados se le pueden sumar:
.....

Se me ha informado de la obligatoriedad de adoptar las siguientes medidas previas al tratamiento:

1. No tomar alimentos sólidos 6 horas antes del procedimiento ni tomar líquidos hasta 2 horas anteriores.
2. Seguir con mi medicación habitual (a no ser que se me indique lo contrario).
3. Advertir antes del inicio del procedimiento de cualquier anomalía o problema que haya podido aparecer desde la última visita (dolor, fiebre, inflamación, etc).

Asimismo, he sido informado de las siguientes normas a seguir después del tratamiento:

1. Abandonar el centro dental acompañado de un familiar o amigo.
2. No conducir vehículos de ningún tipo durante 12 horas posteriores al tratamiento.
3. No realizar actividades potencialmente peligrosas durante 12 horas posteriores al tratamiento.
4. No ingerir alcohol ni cualquier otro tipo de sustancia tóxica durante 12 horas posteriores al tratamiento.

También he puesto en conocimiento del equipo médico todas aquellas circunstancias personales (medicación, alergias, hábitos tóxicos, drogadicciones o tratamientos quirúrgicos previos) que puedan incrementar los riesgos médicos del procedimiento.

DECLARO que he sido informado de forma comprensible por el anestesiólogo responsable de la técnica anestésica y de los riesgos del procedimiento. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular preguntas y han estado aclaradas las dudas que pudiera tener sobre la sedación. Por consiguiente acepto los beneficios que dicha técnica me puede reportar.

AUTORIZO al Dr. a realizar el procedimiento anestésico que me ha sido propuesto. Se que el otorgar este consentimiento no supone ninguna renuncia a mis derechos médico-legales, así como poder en cualquier momento revocar el consentimiento dado.

Firmas:

Paciente o Representante legal:

Médico informante:

Consúltenos si tiene cualquier duda:

93 731 78 20

 608 297 949

Puede descargarse esta información en:

<http://www.dentalcanparellada.es/pdf/consentimiento/sedacion-consciente-cas.pdf>