



Aquest document, té una finalitat merament informativa. El dia de la realització del tractament, se li lliurarà el mateix formulari, però personalitzat amb les seves dades i les dades del doctor que li intervindrà, i si tindrà validesa com a consentiment al realitzar la intervenció ara descrita. L'objectiu d'aquest lliurament previ, és que ho pugui llegir detingudament i si té qualsevol tipus de dubte, ens el pugui fer saber amb anterioritat a la intervenció.



TEXT DEL CONSENTIMENT INFORMAT SOBRE LA SEDACIÓ CONSCIENT DURANT PROCEDIMENTS ODONTOLÒGICS I MAXIL·LOFACIALS

El procediment quirúrgic-odontològic al qual vostè serà sotmès de manera voluntària
..... pot comportar associades certes molèsties (dolor, incomoditat, nerviosisme, ansietat). Amb l'objectiu de minimitzar aquestes molèsties i assegurar un òptim confort i tolerància durant la realització d'aquest procediment se li farà una sedació conscient.

QUÈ ÉS LA SEDACIÓ CONSCIENT?

L'efecte dels Consisteix en l'administració per part de l'anestèsic de medicació anestèsica via oral o intravenosa que li proporcionarà cert grau de relaxació i/o somnolència que disminuirà la seva ansietat i aconseguirà abstrure' l' d'estímul externs desagradables (soroll, fred, converses). Aquesta tècnica es realitza sota monitorització de la freqüència cardíaca i de l'oxigenació sanguínia perifèrica.

La sedació conscient té com a objectiu principal mantenir-lo calmat, còmode, sense dolor i parcialment comunicatiu amb l'equip professional que l'atén. Rere la finalització del procediment quirúrgic-odontològic vostè podrà ser donat d'alta al seu domicili.

POSSIBLES RISCOS

L'efecte dels fàrmacs administrats sempre té una variabilitat interindividual en funció de l'edat, pes, interaccions medicamentoses amb medicació que vostè prengui habitualment i els seus antecedents mèdics previs. La sedació conscient sempre transita a la frontera amb la sedació inconscient (anestèsia general). Entre els riscos potencials es troba la sedació excessiva, hipotensió, broncoaspiració de secrecions i / o sang o fins i tot depressió respiratòria.

Per evitar i tractar qualsevol possible complicació l'anestèsic estarà controlat tot el procés de sedació de principi a fi, ajudat pel monitoratge i suport farmacològic pertinent.

RISCOS PERSONALITZATS

En funció dels seus antecedents mèdics personals, als riscos anteriorment esmentats se li poden sumar:
.....



Se m'ha informat de l'obligatorietat d'adoptar les següents mesures prèvies al tractament:

1. No prendre aliments sòlids 6 hores abans del procediment ni prendre líquids fins a 2 hores anteriors.
2. Seguir amb la meva medicació habitual (tret que se m'indiqui el contrari).
3. Advertir abans de l'inici del procediment de qualsevol anomalia o problema que hagi pogut aparèixer des de l'última visita (dolor, febre, inflamació, etc.).

Així mateix, he estat informat de les següents normes a seguir després del tractament:

1. Abandonar el centre dental acompanyat d'un familiar o amic.
2. No conduir vehicles de cap tipus durant 12 hores posteriors al tractament.
3. No realitzar activitats potencialment perilloses durant 12 hores posteriors al tractament.
4. No ingerir alcohol ni qualsevol altre tipus de substància tòxica durant 12 hores posteriors al tractament.

També he posat en coneixement de l'equip mèdic totes aquelles circumstàncies personals (medicació, al·lèrgies, hàbits tòxics, drogoaddiccions o tractaments quirúrgics previs) que puguin incrementar els riscos mèdics del procediment.

DECLARO que he estat informat de manera entenedora per l'anestesiòleg responsable de la tècnica anestèsica i dels riscos del procediment. Estic satisfet amb la informació rebuda, he pogut formular preguntes i han estat aclarits els dubtes que pogués tenir sobre la sedació. Per tant, accepto els beneficis que aquesta tècnica em pot reportar.

AUTORITZO al Dr. a realitzar el procediment anestèsic que m'ha estat proposat. Sé que atorgar aquest consentiment no suposa cap renúncia als meus drets medicolegals, així com poder en qualsevol moment revocar el consentiment donat.

Signatures:

Pacient o Representant legal:

Metge informant:

Consulteu-nos si té qualsevol dubte:

93 731 78 20

 608 297 949

Pot descarregar-se aquesta informació a:

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