

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA EPIDURAL PARA PARTOS

Ciudad y fecha:...../...../20.....

Yo....., he tomado conocimiento y he prestado conformidad para la realización del procedimiento anestésico conocido como ANESTESIA EPIDURAL PARTO La analgesia epidural es un procedimiento que permite aliviar o suprimir el dolor durante la progresión de un parto normal y ha demostrado ser el método analgésico más efectivo.

Los únicos responsables de indicar y administrar la analgesia epidural son los anestesistas.

El bloqueo epidural permite a la madre permanecer cómoda, con alivio parcial o total de dolor durante todo el parto permitiéndole participar más activamente en el nacimiento de su hijo. 1) No altera las contracciones uterinas del parto. 2) La analgesia epidural puede ser además aprovechada en caso que fuera necesario realizar, fórceps o una cesárea, evitándose así una anestesia general.3)No es necesaria la realización de ninguna prueba complementaria para realizar una analgesia epidural para el parto, salvo que el médico anestesista estime lo contrario. 4) Durante cualquier tipo de anestesia (y la analgesia epidural para el parto no es una excepción) se pueden administrar muchos medicamentos, pudiendo cualquiera de ellos dar alergia. Sin embargo, no es útil y, por tanto, no es recomendable hacer pruebas alérgicas a la anestesia en las pacientes que no tengan antecedentes de reacciones adversas a estos medicamentos.

La analgesia epidural para el parto, como cualquier otra técnica anestésica, no está exenta de riesgos, y estos no pueden suprimirse por completo. La incidencia de complicaciones serias con la epidural obstétrica es muy baja. La complicación más frecuente es dolor de cabeza persistente (a veces de varios días de duración) tras el parto. También pueden presentarse otras complicaciones desde leves como ser: descenso de la presión arterial, mareos o sensación de dificultad al respirar, hormigueo y calambres. Hasta más graves como ser: infección y absceso o hematoma epidural.

He sido amplia y satisfactoriamente informada/o de forma oral, he leído este documento, he comprendido y estoy conforme con las explicaciones del procedimiento y sus posibles inconvenientes. **Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente.** En consecuencia doy mi consentimiento para recibir anestesia epidural tomando la decisión de manera libre y voluntaria.

..... Firma del paciente (DESDE LOS 16 AÑOS DEBE FIRMAR EL PACIENTE)

..... Aclaración y DNI:

..... Familiar presente

..... Aclaración, vínculo con el paciente y DNI:

RECHAZO DE PROCEDIMIENTO ANESTESICO:

Yo, manifiesto en forma libre y consciente mi denegación/ revocación al consentimiento previamente informado para el procedimiento anestésico indicado y explicado, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. Sin perjuicio de lo cual me hago plenamente responsable por los riesgos explicados por el médico cirujano ante la no realización de la cirugía propuesta, la cual es imposible de ejecutar sin el suministro de anestesia.

..... Firma del paciente (DESDE LOS 16 AÑOS DEBE FIRMAR EL PACIENTE)

..... Aclaración y DNI:

..... Familiar presente

..... Aclaración, vínculo con el paciente y DNI: