



SANATORIO OTAMENDI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA EPIDURAL EN EL PARTO

Fecha de ingreso

Yo, DNI autorizo al Dr. a efectuar en mi persona el procedimiento conocido como BLOQUEO EPIDURAL (analgesia epidural).

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 médicos anestesiólogos

El bloqueo epidural permite a la madre permanecer cómoda, con alivio parcial o total del dolor durante todo el parto, facilitando su participación más activa en el nacimiento de su hijo.

El bloqueo epidural:

- No altera las contracciones uterinas del parto
- Proporciona analgesia para intervención cesárea, si fuera el caso
- No requiere exámenes adicionales para su realización
- No requiere de pruebas alérgicas cuando no existen antecedentes de reacciones adversas a los medicamentos de uso habitual en el acto anestésico
- Como cualquier técnica anestésica, la analgesia epidural no está exenta de riesgos. La incidencia de complicaciones serias de la analgesia epidural es muy baja. La complicación más frecuente es dolor de cabeza persistente, a veces de varios días de duración
- Pueden presentarse otras complicaciones leves como descenso de la presión arterial, mareos, sensación de dificultad para respirar, hormigueos y calambres. Otras, más graves, como infección, absceso o hematoma epidural

Expresamente declaro haber leído y comprendido este documento, así como haber recibido información de forma oral que he comprendido, y estar conforme con las explicaciones respecto del procedimiento y sus posibles inconvenientes.

Firma del paciente

Aclaración

Firma del médico

Aclaración/ Sello

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa:

Firma del acompañante

Aclaración

REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha/..../....., yo, revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. documento

Firma y sello del Médico