

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE SEDACIÓN PALIATIVA

(DS. N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
Ley General de Salud N° 26842, RD N°/2020/INSN-SB)

1. Unidad de Atención Integral Especializada - Centro Quirúrgico y Anestesiología

2. PROCEDIMIENTO : Sedación Paliativa

3. DIAGNÓSTICO Y CONDICIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

.....
.....

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La sedación paliativa consiste en la administración de medicamentos por vía endovenosa o subcutánea que disminuyen el nivel de conciencia con la finalidad de evitar el sufrimiento de algún signo o síntoma refractario o de difícil manejo. La sedación puede ser intermitente o continua y de profundidad variable en relación al nivel de conciencia necesario para aliviar el sufrimiento. La sedación paliativa no es eutanasia, ni tampoco acelerará el proceso de morir.

5. OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO

- Aliviar el sufrimiento intolerable por algún signo o síntoma no controlado o refractario al tratamiento adecuado. Por ejemplo: Dolor, delirio, agitación, disnea, hemorragia masiva, ansiedad-pánico, convulsiones, etc.
- Aliviar la angustia del paciente por la muerte próxima

6. BENEFICIOS ESPERADOS

- Alivio del impacto físico y psicológico de los signos o síntomas refractarios a tratamiento para el niño y su familia

7. RIESGOS Y/O COMPLICACIONES FRECUENTES

- Bradipnea, bradicardia, hipotensión.

8. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

- Sufrimiento del niño y de su familia
- Agonía y sufrimiento innecesario en el momento de la muerte

9. TRATAMIENTO ALTERNATIVO

- El inicio de la sedación paliativa no indica dejar de brindar cuidados básicos al paciente e incluso tratamiento si es que fuera pertinente según su estado clínico.

10. RIESGO EN FUNCIÓN DE LAS PARTICULARIDADES DEL PACIENTE:

.....
.....

11. PRONÓSTICO:

En relación al procedimiento de Sedación Paliativa, de acuerdo a la evolución clínica del paciente, este puede requerir:

Sedación intermitente: Cuando se puede realizar algún tratamiento y/o procedimiento médico que pueda revertir la situación actual, por tanto, se puede retirar la sedación.

Sedación continua: Cuando según valoración clínica la muerte del paciente sucederá en pocas horas o días

12. RECOMENDACIONES: No aplica

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

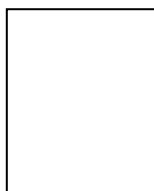
Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico _____.

Declaro:

Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, el inicio del procedimiento de **SEDACION PALIATIVA** sobre lo cual he sido informado(a). Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto; con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para el inicio de procedimiento de SEDACIÓN PALIATIVA.



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

San Borja, dedel 20.....

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha _____ para el inicio del procedimiento de **SEDACIÓN PALIATIVA** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

San Borja, ... dedel 20.....

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____