

--	--	--

A) IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE INFORMA:

B) INFORMACIÓN SOBRE LA ANESTESIA Y SEDACIÓN:

- El objetivo de la anestesia, es eliminar el dolor durante la intervención quirúrgica a fin de lograr el control global del paciente. La administración de la anestesia está a cargo del médico anestesiólogo, que es el especialista médico que controla el proceso en todo momento.
- Para realizar la intervención quirúrgica que usted requiere, la anestesia es imprescindible y necesaria y obtendrá de ella importantes beneficios, aunque también tiene algunos riesgos de los que ud. será informado debidamente en los siguientes apartados.
- **Anestesia General:** Se encontrará profundamente dormido/a. Para administrarla es preciso colocar casi siempre un tubo en la boca o en la nariz, para mantener su función respiratoria.
- **Anestesia Regional:** Solamente será anestesiada una zona de su cuerpo. Para administrarla, se coloca una inyección en el trayecto de los nervios que dan sensibilidad a la zona a intervenir.
- **Sedación:** Se encontrará despierto, tranquilo, sin dolor e indiferente a los estímulos desagradables. Esto se logra mediante la aplicación de medicación administrada por vía intravenosa. El control y vigilancia de esta técnica es la misma que procede para la anestesia.
- **Analgesia:** Concluido el procedimiento anestésico-quirúrgico, le administraremos los analgésicos que consideremos oportunos para calmar el dolor minimizando todas sus posibles complicaciones posteriores.

C) RIESGOS DE LA ANESTESIA Y LA SEDACIÓN:

- * La mortalidad por causa anestésica es excepcional (1 de cada 10.000 pacientes) aumentando el riesgo en casos urgentes
- * Los pacientes con infarto de miocardio, tienen un riesgo importante de re-infarto si se anestesian en los tres a seis meses de ocurrido el episodio cardíaco. La fibrinólisis, angioplastia y el stent coronario, modifican este riesgo según su eficacia.
- * Los pacientes con enfermedades cardíacas, hepáticas o renales, hipertensión arterial, diabetes, asma bronquial, obesidad importante o edad avanzada tienen un riesgo mayor que es oportuno valorar individualmente.
- * Algunos pacientes pueden presentar alguna complicación anestésica menor, como ser, náuseas, vómitos, mareos, molestias en la garganta y ronquera, tras la anestesia general y hematomas y otras complicaciones por la inserción de vías vasculares.
- * Estas dificultades, desaparecen normalmente sin dejar secuelas.
- * Ocasionalmente la introducción del tubo en la boca del paciente puede ser dificultosa y dañar alguna pieza dental.
- * La administración de sueros y medicamentos puede producir reacciones alérgicas graves, que son excepcionales y no demandan ni justifican evaluaciones previas.
- * En ocasiones es necesario administrar transfusiones sanguíneas, las cuales presentan un riesgo menor de trastornos graves, como infecciones (Hepatitis, SIDA) y reacciones transfusionales.
- * Tras la anestesia regional pueden aparecer molestias menores, como calambres y hormigueos, que generalmente son transitorios, esto es debido a la irritación del trayecto de nervios que fue sometido a anestesia durante la intervención. Otro episodio menor podrá ser la aparición de dolores de cabeza o de espalda pasajeros, que se presentan en el 5% de los casos.
- * En algún caso, tras la anestesia regional es necesario aplicar una anestesia general para culminar con éxito la intervención.
- * Esto justifica por diferentes causas que le serán explicadas a Ud. y/o a su familia.
- * La sedación puede presentar riesgos de disminución de la presión arterial, del nivel de conciencia o dificultad respiratoria.

D) RIESGOS PARTICULARES DEL PACIENTE:

- * En caso de existir riesgos particulares del paciente, éstos son:

E) DECLARO:

- * Que he sido informado de las ventajas e inconvenientes de la anestesia y sedación y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
- * Que he comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportuno realizar.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER ANESTESIADO Ó SEDADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

Firma del paciente o representante legal

Firma del médico responsable de la información

*REVOCACIÓN: He decidido revocar mi consentimiento,
para ser anestesiado o sedado:*

Firma del paciente o representante legal

HOSPITAL SAN CARLOS
UE - 054

Servicio de cirugía

CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Carlos, _____ de _____ de 202_____

Referente al paciente _____

He sido informado de las características de la enfermedad y del tratamiento de sus efectos inmediatos, evolución, las curas que habrá practicar, los tratamientos complementarios necesarios, las atenciones y precauciones que deberé adoptar en las próximas semanas y meses aceptando, que no se puede asegurar la fecha en que podrá/á reincorporarse a sus tareas habituales.

He sido informado/a y acepto los riesgos comúnmente conocidos de la medicina de la anestesia y del tratamiento quirúrgico que se han de realizar.

He sido informado/a de los métodos alternativos de tratamiento para este caso, pero opto, consciente y libremente, por el tratamiento especificado.

Si durante el tratamiento surgiera alguna situación inesperada o complicación que requiriese algún procedimiento distinto de los previos y me han sido explicados, solicito y autorizo al cuerpo médico que realice aquello que crea conveniente o necesario, incluido el traslado a otro centro hospitalario.

Reconozco y acepto que no se me pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto a los resultados del tratamiento y manifiesto que mis preguntas en este sentido han sido contestadas satisfactoriamente.

Autorizo la obtención de los exámenes necesarios para una correcta valoración diagnóstica, terapéutica y de resultados.

En fe de lo expresado, firmo libremente junto al médico.

MEDICO: _____

PACIENTE: _____

C.I.: _____

C.I.: _____

PADRE, MADRE O TUTOR: _____

C.I.: _____



Administración de los
Servicios de Salud del Estado

Formulario de Viático

SERIE A 0007451

Nombre del Funcionario/a: _____ C.I.: _____

Domicilio: _____

Días de permanencia y Lugar de la Comisión _____

Firma del Director

Vínculo funcional

ANTICIPO RENDICIÓN
 ASSE Comisión de Apoyo Patronato de Psicópatas

ANTICIPO

TOTAL

Cantidad de días a adelantar		\$
Valor estimado del Pasaje		\$
Total a adelantar \$U		\$

Firma del Funcionario

Firma del Director

Firma del Ordenador

RENDICIÓN

Control de Estadía

LOCALIDAD	FECHA DE LLEGADA	HORAS TRANSCURRIDAS EN COMISIÓN DESDE	HASTA	FIRMA Y SELLO

Control de tiempo

Fecha de salida	Hora de salida	Fecha de regreso	Hora de regreso

Firma del Funcionario

Firma del Director

Sólo para ser utilizado por Contaduría

Total de días	días	\$	Total	C/comprobante \$	\$
Incremento Zonas Balnearias 20%		\$		S/comprobante \$	\$
Total de Pasajes y Gastos					\$
Anticipo					\$
Total a Pagar o Cobrar					\$

Firma del Funcionario

Fecha



ORDEN EXPEDICION DE PASAJES
Artículo 5-891

A

ORIGINAL
13951

SR.....

SIRVASE EXPEDIR UN PASAJE IDA IDA Y VUELTA TACHE EL QUE NO CORRESPONDE

ENTRE Y

A FAVOR DE

..... DE DE 20.....

El importe respectivo se abonará en la División de Recursos Económicos Financieros de la Contaduría Central de A.S.S.E. en Montevideo, y a ese efecto deberá presentar esta Orden.

11/25



HOSPITAL SAN CARLOS
UE - 054

DPTO DE ENFERMERÍA

HOSPITAL FLORENCIO ALVARIZA

FECHA:

Nº DE FUNCIONARIO:

NOMBRE:

- FALTA CON AVISO
- FALTA SIN AVISO
- FALTA CON AVISO JUSTIFICADA
- CAMBIO DE LIBRE REGLAMENTARIO
- CAMBIO DE LIBRE POR RAZONES DE SERVICIO
- TURNO CUBIERTO POR OTRO
- CAMBIO DE TURNO SEMANAL
- CAMBIO DE TURNO MENSUAL
- LLEGADA TARDE AUTORIZADA
- SALIDA ANTES AUTORIZADA
- LIBRE POR PAP/ MAMOGRAFIA
- LIBRE POR DONAR SANGRE

OBSERVACIONES:
