

CONSENTIMIENTO INFORMADO OHB

DATOS PACIENTE

Nombre y apellidos.....DNI.....

INFORMACION GENERAL

Además de la información oral facilitada sobre su proceso, debe saber que el propósito de este tratamiento es producir un estímulo de la angiogénesis, de la fagocitosis y granulocitosis, produce una vasoconstricción por lo que disminuye el edema, tiene acción bacteriostática sobre anaerobios y bactericida sobre anaerobios no esporulados, estimula la formación de células madre, efecto inmunomodulador, aumenta la tolerancia a la glucosa, disminuye el volumen de burbujas en embolias gaseosas y estimula la formación de óxido nítrico.

Usted debe saber que no tiene que fumar dos horas antes y después del tratamiento en cámara hiperbárica, ni ingerir alcohol doce horas antes. Es aconsejable que no esté en ayunas. No debe llevar ningún producto cosmético, cremas, esmalte de uñas etc. No puede entrar en la cámara con ningún objeto electrónico, móvil, tablet, ipod etc.

EN QUE CONSISTE EL TRATAMIENTO CON OXIGENO HIPERBÁRICO.

Es respirar oxígeno puro a una presión superior a la atmosférica, en una cámara monoplaza preparada para tal fin, de modo que el oxígeno disuelto en plasma llega a todos los tejidos del organismo. Cualquier patología con hipoxia en sus tejidos puede beneficiarse del oxígeno hiperbárico.

El objetivo es que al respirar oxígeno hiperbárico potenciemos los sistemas naturales de nuestro organismo para la reparación de tejidos, la revascularización, la producción de colágeno, se mejora la lucha contra microorganismos patógenos y ayudamos al cuerpo a acelerar su curación un 50% más rápido.

RIESGOS

Las posibles complicaciones que se describen a continuación son poco frecuentes y suelen presentarse en largas exposiciones en cámara hiperbárica, en cualquier caso son leves y transitorias. Lesiones barotraumáticas en tímpano, senos paranasales y pulmones. Crisis jacksonianas. Efectos oculares: miopía hiperbárica que revierte espontáneamente en unos días y aceleración de cataratas ya establecidas, no produciéndose este efecto en el ojo sano. Edema agudo de pulmón en pacientes cardiopatas o con fracción de eyección bajas.

Yo, D/Dña., doy mi consentimiento para que me sea realizada TRATAMIENTO CON OXIGENO HIPERBÁRICO y se utilicen las imágenes de las pruebas diagnósticas para realizar el informe así como para fines científicos. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, según dispone el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr.

PACIENTE

MEDICO

D.N.I.-

Nª Colg.-

ANAMNESIS MÉDICA:

Paciente.- D^a

Por favor responda a las siguientes preguntas sobre su estado de salud.

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Es usted alérgico a algún medicamento? | SI | NO |
| ¿A cuál? | | |
| 2. ¿Padece alguna enfermedad crónica? | SI | NO |
| ¿Cuál? | | |
| 3. ¿Toma alguna medicación a diario? | SI | NO |
| ¿Cuál? | | |
| 4. ¿Padece alguna enfermedad del corazón? | SI | NO |
| ¿Cuál? | | |
| 5. ¿Es usted hipertenso? | SI | NO |
| ¿Qué medicación toma? | | |
| 6. ¿Padece alguna enfermedad de los pulmones? | SI | NO |
| ¿Cuál? | | |
| 7. ¿Ha padecido alguna vez un Neumotórax Pulmonar? | SI | NO |
| ¿Por qué razón? | | |
| 8. ¿Ha sufrido alguna vez pérdida de conocimiento? | SI | NO |
| 9. ¿Le han operado alguna vez del tórax? | SI | NO |
| ¿Por qué razón? | | |
| 10. ¿Es usted epiléptico? | SI | NO |
| ¿Qué medicación toma? | | |
| 11. ¿Padece algún trastorno psiquiátrico? | SI | NO |
| ¿De qué tipo? | | |
| 12. ¿Tiene algún defecto visual? | SI | NO |
| ¿Cuál? | | |
| 13. ¿Padece alguna enfermedad de los oídos? | SI | NO |
| ¿De qué tipo? | | |
| 14. ¿Padece sinusitis? | SI | NO |

- | | | | |
|--|-----------------|-----------------------|----------------------|
| 15. ¿Es usted fumador? | | SI | NO |
| 16. ¿Bebe alcohol? | No nunca | Ocasionalmente | Habitualmente |
| 17. ¿Ha sido operado alguna vez?
¿De qué? | | SI | NO |
| 18. En el momento actual ¿Está acatarrado? | | SI | NO |
| ¿Tiene fiebre? | | SI | NO |
| ¿Está embarazada? | | SI | NO |
| 19. ¿Tiene Claustrofobia? | | SI | NO |
| 20. ¿Tiene dispepsias flatulentas? | | SI | NO |
| 21. Enumere todos los medicamentos que esté tomando. | | | |