

**TRABAJO FINAL DE GRADO EN TRADUCCIÓN
E INTERPRETACIÓN**

Departament de Traducció i Comunicació

TÍTULO

**Estudio del consentimiento
informado: análisis comparativo
en cuatro idiomas**

Autora: Aurora Rico Giménez

Tutor: Vicent Montalt i Resurrecció

Fecha de lectura: junio 2015



Resumen:

Este Trabajo de Final de Grado tiene como objetivo principal realizar una descripción multilingüe del consentimiento informado, para poder observar cómo se materializa este género en cada uno de los idiomas elegidos para el corpus. El corpus está formado por diez consentimientos informados originales, redactados en cuatro idiomas: español, catalán, inglés y francés. El trabajo se compone principalmente de tres fases. La primera es una fase empírica, basada en la documentación sobre las características propias de la traducción médica, la importancia de los géneros textuales para la traducción y la definición del género médico del consentimiento informado, que muestra su vertiente polifacética como género híbrido y multimodal. En segundo lugar, se desarrolla la fase empírica, en la que se lleva a cabo un análisis comparativo en tres niveles: macroestructural, terminológico y discursivo. Con estos análisis se pretende conseguir la familiarización con la estructura, la terminología, las formas de presentación y el contexto en el que se desarrolla cada cultura. Estos análisis se llevan a cabo mediante la creación de una tabla que recoge los apartados y contenidos de cada texto; la búsqueda de los distintos campos semánticos relacionados con la anestesia, para crear dos glosarios multilingües; y, por último, el análisis de la representación del paciente y de la comprensibilidad del texto. Por último, se lleva a cabo una fase interpretativa de los resultados, basada en una búsqueda de diferencias y similitudes en todos los consentimientos informados del corpus. Aquí se demuestra la importancia que tiene estar familiarizado con los géneros textuales con los que trabajamos, ya que este género presenta una gran variabilidad estructural, estilística y terminológica, dependiendo del idioma y del país de origen.

Palabras clave:

Consentimiento informado, corpus, análisis, traducción médica y género híbrido.

Índice

1. Estudio del consentimiento informado: análisis comparativo en cuatro idiomas	4
1.1. Justificación y motivación	4
1.2. Objetivos e hipótesis	5
1.3. Contextualización del consentimiento informado.....	5
1.4. Definición de consentimiento informado.....	7
2. Metodología	11
2.1. Fases y procedimiento	11
3. Resultados	15
3.1. Análisis de la macroestructura.....	15
3.2. Análisis terminológico.....	15
3.3. Aspectos discursivos	16
4. Interpretación de los resultados y conclusiones	20
4.1. Resultados y reflexiones del análisis	20
4.2. Relación del trabajo con los conocimientos adquiridos en la carrera.....	24
4.3. Intereses futuros	25
5. Bibliografía	26
5.1. Fuentes para compilar el Corpus CI	26
5.2. Fuentes de información y documentación	27
6. Anexos	31
Anexo 1: Análisis macroestructura y extensión.....	31
Anexo 2: Glosarios terminológicos	39
Anexo 3: Corpus de consentimientos informados	63

1. Estudio del consentimiento informado: análisis comparativo en cuatro idiomas

1.1. Justificación y motivación

Siempre me ha gustado el ámbito de las ciencias de la salud y del medio ambiente. Esta diría que fue una de las principales razones por las que prácticamente desde el primer año de carrera estaba convencida de qué especialidad quería escoger. Además, desde los primeros años de universidad me preguntaba sobre qué haría mi TFG, que ya desde aquellos entonces me rondaba por la cabeza la duda de si sería capaz de escoger y crear una idea que valiera la pena y fuera innovadora. Por otro lado, también estaba convencida de que cuando me planteara sobre qué haría este trabajo, quería que fuera no solo el final de una etapa, sino también, posiblemente, el principio de mi siguiente etapa de formación y la continuación de mi formación como profesional en el ámbito de la traducción médica. Por tanto, no tuve ninguna duda a la hora de elegir el tema. Quería continuar mi formación mediante el estudio de un género textual muy utilizado en el ámbito de la medicina y de la investigación. De esta manera, el trabajo también podría servirme de puerta para el día de mañana, para seguir estudiando el consentimiento informado o, incluso, para investigar sobre otros géneros textuales médicos.

Por otro lado, decidí crear un corpus de consentimientos informados porque se trata de un género muy utilizado en la comunicación médico-paciente y en el mundo de la traducción, ya que es un paso previo fundamental para muchos otros procesos dentro del campo de la medicina. Además, otro aspecto que hemos estudiado en clase de Mediación en los Servicios Públicos, y me ha llamado mucho la atención de este género, es su parte oral, ya que en ocasiones se recurre a su interpretación en lugar de a su traducción. Y si bien es cierto que en este trabajo me centraré principalmente en la parte escrita y en la traducción, me parece que también ha sido una gran oportunidad para poder entrelazar las dos especialidades que, a día de hoy me llaman más la atención.

Por último, otra motivación para llevarlo a cabo ha sido la posibilidad de poder emplear mis cuatro lenguas de trabajo, de manera que pudiera reflejar en él los conocimientos lingüísticos que he sido capaz de adquirir durante todos mis años de estudio en el Grado de Traducción e Interpretación en esta casa.

1.2. Objetivos e hipótesis

El principal objetivo de este trabajo es realizar una descripción multilingüe del consentimiento informado, para poder observar cómo este se materializa en cada uno de los idiomas y culturas elegidos para el corpus, de aquí la importancia de que el corpus esté únicamente formado por textos originales.

Además, con este objetivo me gustaría, por un lado, conseguir asimilar las convenciones transculturales entre los consentimientos informados, redactados y utilizados en distintas lenguas, países y sistemas sanitarios. Esto me permitiría, a su vez, reducir, de manera considerable, el tiempo previo a la traducción dedicado a la documentación, ya que podré familiarizarme con la estructura prototípica, el contenido, las distintas formas de presentación, la terminología, las expectativas de los participantes, la función, etc. Por otro lado, poder analizar más en detalle los textos que conforman el corpus, me permitirá establecer posibles estrategias de traducción y de toma de decisiones para resolver posibles dificultades y problemas traductológicos futuros, dado que no solo podré familiarizarme con el léxico en los cuatro idiomas, sino que también, al tratarse de textos originales, podré observar cómo se utiliza y se presenta este género en cada una de las culturas.

Por último, me gustaría comentar que otra de las razones por las que llevo a cabo este trabajo es para poder validar, o no, la hipótesis de que este género textual presenta una gran variabilidad formal, estructural, estilística y terminológica en cada una de las lenguas objeto del análisis.

1.3. Contextualización del consentimiento informado

El presente trabajo se centrará en el ámbito de la traducción especializada, en concreto en la traducción médica y, más específicamente, en el género textual médico-jurídico del consentimiento informado.

El ámbito de la traducción médica tiene muchos aspectos en común con el resto de ámbitos de la traducción, por ejemplo, la necesidad de adaptar las diferencias culturales, el uso de herramientas tecnológicas y su objetivo principal: facilitar la comunicación entre los participantes. No obstante, la traducción médica, al igual que sucede con el resto de ámbitos de la traducción especializada, tiene características propias e intrínsecas, que permiten, incluso, acotarla y diferenciarla de cualquier otra especialidad dentro de la traducción científico-técnica. Como explican Montalt y González (2007), algunas de las características propias de la traducción médica son:

- La existencia de un gran abanico de especialidades médicas, en las que se generan necesidades de comunicación y, por consiguiente, de traducción.
- La necesidad de lidiar con el conocimiento procedente de otras disciplinas.
- La especificidad de las nociones médicas, por esta razón el traductor médico requiere unos conocimientos temáticos previos para evitar, así, posibles problemas de comprensión del texto original.
- La amplitud de situaciones y sectores comunicativos. Además, estas situaciones comunicativas implican participantes con trasfondos muy diversos, por lo que, el lenguaje también será muy variado.
- Por último, también hay que tener en cuenta la gran variedad de géneros médicos existentes, cada uno de los cuales es propio y diferente al resto.

Asimismo, como afirma Borja (2012, p.167), la traducción especializada no se basa solamente en la traducción de palabras, sino que se trata de «una translación de carácter conceptual, sociológico y cultural» y, por tanto, el traductor especializado deberá:

- Poseer un conocimiento instrumental y comparado del campo en el que va a trabajar, para que la traducción sea correcta y precisa.
- Dominar en todas sus lenguas de trabajo la terminología de la especialidad, las convenciones de la macroestructura y del estilo del género. Así como estar familiarizado con la función del texto y su valor legal.

De esta manera, debido a la amplitud de ámbitos comunicativos, de especialidades médicas y de géneros textuales, en este trabajo de investigación me voy a centrar en una rama bastante acotada de la traducción médica, que es el género textual de los consentimientos informados (a partir de ahora CI).

Los géneros textuales tienen un papel fundamental en la vida del traductor. El grupo de investigación GENTT define el concepto de género como «una interfaz entre el texto de partida y el texto de llegada y representa el recipiente en el que convergen todos los aspectos tanto lingüísticos como culturales de las comunidades de contacto» (García 2005, p.5). Por tanto, los textos que pertenecen al mismo género textual comparten muchas características: participantes, funciones, finalidades comunicativas, características formales y situaciones comunicativas. Además, estos siguen las mismas reglas visibles y cumplen con las expectativas de los participantes, por tanto, se trata de una actividad comunicativa y, aquí, también se puede necesitar la participación de los traductores e intérpretes (Montalt & González, 2007).

Como traductores, los géneros textuales tienen una gran importancia, ya que las estrategias, procedimientos y decisiones van a depender de distintos factores. Según Montalt y González (2007), dependerá, en primer lugar, de la comprensión del texto, por lo que será esencial familiarizarnos con: los géneros textuales, su objetivo comunicativo, las circunstancias comunicativas, el contexto socio-cultural, el perfil del lector, las motivaciones, las expectativas y las preferencias de los participantes, así como con su estructura y forma más típicas. Además, conocer previamente la micro y macroestructura nos ayudará a documentarnos y a anticipar problemas traductológicos. Por último, también tendremos que ser conscientes de que, aunque el texto original y meta pertenezcan al mismo género textual, podrán existir diferencias interlingüísticas, puesto que como afirman Montalt y García (2002), los géneros representan los distintos modos en los que las culturas conceptualizan la realidad y para ello utilizan diversos elementos culturales, como por ejemplo: el registro, distinta terminología, fraseología o ideología. Para poder lidiar con estas diferencias interlingüísticas, tendremos que habituarnos a ellos y, así, ser conscientes de las posibles diferencias que puedan aparecer en la recepción de estos textos en cada cultura (Montalt & González, 2007).

Por tanto, como futuros traductores necesitamos poseer este conocimiento multicultural y multilingüe, no solo para reafirmar nuestra profesionalidad como traductores, sino porque es algo fundamental para poder llevar a cabo nuestro papel de comunicadores intralingüísticos e interculturales de manera fructífera (Montalt & García, 2002).

1.4. Definición de consentimiento informado

El CI es un formulario muy utilizado en la comunicación entre médico y paciente que se desarrolla dentro del marco de la *autonomía del individuo* (Ramos, 2012). Como afirma Borja (2012), se trata de uno de los documentos más traducidos dentro de este ámbito, ya que su uso es obligatorio para la realización de ensayos clínicos internacionales. En este contexto, como traductores, tendremos que tener en cuenta la existencia de comités éticos de investigación clínica que revisarán las traducciones de estos documentos, por tanto, la adaptación de estos documentos a la legislación, instituciones y cultura propias del país será imprescindible (Piera & Ardura, 2012). Asimismo, la traducción del mismo también es fundamental en la investigación clínica a escala nacional (Borghini, 2012), ya que el Real Decreto 223/2004 especifica en el

artículo 7.2 que la hoja de información que acompañará al consentimiento informado «estará redactada en la lengua propia del sujeto».

Uno de los detonantes para el reconocimiento de los derechos del paciente y para la creación de este documento fue la celebración de los juicios de Núremberg contra los médicos nazis y la declaración de los jueces americanos: «science should never transform or consider human beings as an instrument to be employed for scientific purposes» (Mallardi, 2005). Estos juicios conllevaron la publicación del Código de Núremberg el 20 de agosto de 1947. En este código de ética médica se recoge lo siguiente:

The voluntary consent of the human subject is absolutely essential. This means that the person involved should have legal capacity to give consent; should be so situated as to be able to exercise free power of choice, without the intervention of any element of force, fraud, deceit, duress, over-reaching, or other ulterior form of constraint or coercion; and should have sufficient knowledge and comprehension of the elements of the subject matter involved, as to enable him to make an understanding and enlightened decision [...] (The Nuremberg Code, párrafo 1).

El CI puede presentar intenciones muy variopintas, dependiendo de quién los crea y para quién se crean, algunas de ellas son: «informar, obtener información, persuadir, cumplir con la ley, evitar juicios o demandas» (Ramos, 2012, p.297). Existen también distintos formularios de CI dependiendo del tratamiento o procedimiento, del medio de publicación o del registro empleado, entre otros. No obstante, a grandes rasgos, se puede decir que existen dos tipos de consentimientos informados, uno de ellos se utiliza para expresar el consentimiento escrito de un paciente que va a someterse a una intervención o tratamiento médico. Este documento lo tiene que firmar el paciente tras la explicación sobre los beneficios y riesgos potenciales, y tras comentar los tratamientos alternativos. El otro tipo de CI es imprescindible para la participación en estudios clínicos (Montalt & González, 2007). Cecilia Ramos (2012) afirma que el CI debe incluir, en ambos casos, los siguientes apartados:

- La identificación de las partes que participan.
- La fecha del documento.
- La identificación del estudio o la descripción del procedimiento que se va a realizar.

- La especificación de los riesgos.
- La declaración por parte del participante de que ha entendido todo adecuadamente.
- La renuncia por parte del participante a tomar acciones legales si se producen consecuencias indeseables pero que eran previsibles.
- La condición de que el participante puede retirarse en cualquier momento.
- Firmas, testigos y declaraciones.

Por tanto, el CI está compuesto de dos partes principales. La primera es informativa y la segunda consiste en el acto del consentimiento propiamente dicho. En este segundo apartado, la información clave es la firma de la persona que da su consentimiento. Además, con la firma también se atestigua que ha recibido toda la información necesaria, que se le ha dado la oportunidad de preguntar al respecto y que ha podido hablar con el médico. Por tanto, el concepto de CI se basa en el principio de que el médico tiene que poner a disposición del paciente toda la información necesaria, de manera que este pueda tomar una decisión consciente con respecto a su tratamiento (Montalt & González, 2007).

Como he dicho anteriormente, se trata de un documento generado para la comunicación entre médico y paciente y, según afirma la Ley General de Sanidad de 1986 en el artículo 10.6, es obligatoria la forma escrita del consentimiento informado para realizar cualquier tipo de intervención, (excepto en circunstancias de emergencia, incapacidad o posible riesgo de salud pública), no solo para *demostrar* que el paciente es plenamente consciente de la situación, los riesgos y las alternativas, sino también porque este documento escrito es el único medio para que los médicos se puedan salvaguardar ante posibles reclamaciones que puedan interponer los pacientes (Cortés, 1997). Sin embargo, no se puede pasar por alto la parte oral del CI, que también tiene un papel importante en esta comunicación médico-paciente. Esta parte oral es la información previa que los pacientes tienen derecho a recibir para, así, ser capaces o no de dar su consentimiento informado por escrito. Según la ley 41/2002, de 14 de noviembre, esta parte oral debe contener la finalidad y naturaleza de la intervención, las consecuencias, los riesgos que puede conllevar y las posibles contraindicaciones.

Por tanto, teniendo en cuenta lo explicado anteriormente, se puede afirmar que el CI se caracteriza por ser un género multimodal que puede presentarse tanto de forma escrita como de forma oral. Además, al tratarse de un documento tan utilizado, se puede observar que este género podría presentarse también de forma audiovisual, ya que se

han llevado a cabo estudios utilizando tanto investigaciones reales como ficticias, sobre el impacto que tendría la explicación de este género mediante presentaciones audiovisuales. Por ejemplo, en el estudio *Audio-visual presentation of information for informed consent for participation in clinical trials* se utilizaron presentaciones audiovisuales para explicar al público, al que el CI iba dirigido, su funcionamiento y todos los detalles que este recogía, con el objetivo de conseguir una comprensión mayor y favorecer la participación en el proyecto.

Además de tratarse de un género multimodal, hay que tener en cuenta que el CI es un género que llega a la medicina desde otra disciplina: el derecho; por lo que también se considera un género híbrido. Se trata de una de las mayores aportaciones que se ha producido en esta dirección. Este género cobra importancia con la evolución de la ética-jurídica con el auge de los ensayos clínicos durante la década de los 90 (Ramos, 2012).

Asimismo, al seguir la clasificación de Borja (2012, p.168) de textos médico-jurídicos en función de su situación comunicativa, el CI se encontraría dentro de «las declaraciones unilaterales de voluntad», que nacen como forma para evitar conflictos, defender los derechos de los pacientes y para proteger tanto al personal como a los servicios sanitarios de posibles reclamaciones, por tanto, aquí se puede observar la estrecha relación que existe entre el ámbito médico y jurídico en este tipo de género textual.

El CI está regulado por leyes que están recogidas en el código penal español. En primer lugar, en el ya citado artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad se recoge el requerimiento del consentimiento escrito previo del paciente, antes de que este se someta a cualquier intervención. Por otro lado, en la ley 3/2001, del 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado se recoge la definición de CI, los contenidos, la información previa que el paciente debe recibir, las circunstancias que deben cumplirse y el modo de empleo, entre otras características.

Por tanto, como traductores, debemos ser conscientes de todas estas características propias de este género. Asimismo, puesto que se trata de un género híbrido que recoge términos procedentes de múltiples ámbitos, cuando lo traduzcamos deberíamos intentar simplificar su contenido, ya que esta gran cantidad de términos especializados dificulta la comprensión del paciente. Mugüerza, Barbetti y Gallego-Broghini han creado un glosario bilingüe en el que han recogido los términos más frecuentes que se encuentran en los CI. Aquí podemos observar la importancia que tiene la traducción de estos textos de manera adecuada y sencilla, debido a que la falta de comprensión por parte del

paciente podría generar daños y responsabilidades civiles a las que tendría que hacer frente el facultativo, debido a que habría fallado la comunicación médico-paciente (Mugüerza, Barbetti & Gallego-Borghini, 2010).

2. Metodología

2.1. Fases y procedimiento

En primer lugar, me gustaría hablar de cómo empecé a trabajar en mi TFG. Uno de los primeros pasos fue leerme el manual de Booth, Colomb y Williams (2008), para saber cómo escoger un tema para un trabajo de investigación, cómo determinar qué objetivos alcanzar, cómo redactar este tipo de trabajo, etc.

Asimismo, me gustaría contextualizar el corpus que se encuentra en el Anexo 3, es decir, comentar los criterios de elección que he seguido para elaborarlo, ya que al principio otra de mis prioridades fue compilar el corpus. Me gustaría empezar comentando por qué elegí estos idiomas. Desde un principio, estaba convencida de que quería emplear todas mis lenguas de trabajo para poder profundizar en todas ellas por igual. Por esta razón, decidí que mi corpus estaría compuesto por textos españoles, catalanes, ingleses y franceses, en la medida de lo posible. Estaba segura de que en algunas lenguas me costaría encontrarlas más que otras, pero mi sorpresa fue descubrir que los que más me costó encontrar fueron los ingleses, concretamente documentos procedentes de instituciones públicas de los países de habla inglesa de referencia. Tras decidir que utilizaría los cuatro idiomas, comencé a pensar con qué tipo de género concreto trabajaría. Me documenté sobre el tipo de géneros textuales médicos y revisé lo que habíamos estudiado en la asignatura TI0974-Traducció Científica i Tècnica. Mi idea era trabajar con un género textual que se tradujera bastante, de manera que mi TFG me sirviera como preparación para el mundo laboral. Una vez escogí el género, tuve que reflexionar sobre qué tipo de CI buscar, pero teniendo en cuenta que mi principal objetivo era describir y comparar todos los textos originales de mi corpus, decidí buscar textos que fueran lo más parecidos posible, dentro de unos límites, es decir, que trataran sobre la misma materia. Por tanto, decidí trabajar con CI utilizados para intervenciones médicas, ya que, así, podía asegurarme de que tratarían los mismos temas y tras consultar la página web de la Generalitat Valenciana, donde aparece una gran clasificación de CI por materias, pensé que una temática interesante podría ser la *anestesia*, ya que es un procedimiento que se utiliza prácticamente siempre antes de

realizar una intervención médica. Una vez tuve claro el género, los idiomas y la temática, comencé la búsqueda. En esta fase, también tuve que pensar en qué tipo de textos quería, en términos de procedencia, si los textos con los que trabajaría serían de instituciones públicas o privadas y si procederían directamente de los hospitales o de instituciones como la Conselleria de Sanitat. En este contexto, decidí utilizar textos de *todos* los contextos, tanto públicos como privados, para poder comprobar también si existían diferencias entre ellos dependiendo del origen. A continuación, presento una tabla con los CI que componen el corpus:

Tabla 1. Composición del corpus

Código¹	Procedencia	Idioma	Institución de origen
T1	Barcelona	Catalán	Clínic Barcelona, Hospital Universitari. Corporació Sanitària Clínic
T2	Comunidad Valenciana	Catalán	Generalitat Valenciana, Agència Valenciana de Salut
T3	Madrid	Castellano	Salud Madrid, Hospital Universitario La Princesa
T4	Chile	Castellano	Clínica Vespucio (Clínica privada)
T5	Montreux	Francés	Hôpital Riviera (Suiza, sistema sanitario privado)
T6	Vignoli	Francés	Générale de Santé, Clinique Vignoli (seguro privado Francia)
T7	La Côte	Francés	Ensemble hospitalier de la Côte (Suiza, sistema sanitario privado)
T8	Belice	Inglés	Ministry of Health Belize
T9	Australia	Inglés	Government of Western Australia, Department of Health
T10	Reino Unido	Inglés	Department of Health, Social Services and Public Safety, UK

Después, empecé la fase conceptual de mi trabajo. Esta fase se basaba en la documentación sobre la importancia de los géneros textuales para la traducción, la traducción médica y, especialmente, los CI. Para poder documentarme sobre estos aspectos consulté varias revistas electrónicas como *Panace@* y algunas bases de datos bibliográficas como *PubMed.gov* y *BITRA*, entre otros recursos. Mi objetivo en este

¹ A lo largo de los análisis haré referencia a los textos utilizando estos códigos.

apartado era poder elaborar una definición de CI lo más elaborada posible, recogiendo no solo sus partes y los contenidos que se pueden encontrar en cada una de ellas, sino también todas sus facetas como género multimodal e híbrido que es.

Más tarde, comencé la fase empírica en la que realicé el análisis del corpus textual. Para realizar esta parte del trabajo, además de todo lo mencionado anteriormente, tuve que consultar dos obras más, la de García Izquierdo (2011) y la de Saldhana y O'Brien (2014), para saber cómo llevar a cabo un trabajo de investigación con corpus, cómo proceder en la metodología y para repasar algunos conceptos básicos que habíamos estudiado a lo largo de la carrera.

A continuación, comencé con el análisis del corpus. En primer lugar, para poder familiarizarme con la estructura y el contenido, analicé la macroestructura y la extensión de cada CI, mediante la creación de una tabla en la que incluí todos los documentos. Para ello, observé los documentos uno a uno, los dividí en apartados según la información que recogían, comprobé las similitudes y diferencias que existían entre ellos, y resalté las particularidades propias que presentaba cada uno. Además, en esta sección incluí la longitud de cada texto para observar si existían también diferencias en este aspecto.

En segundo lugar, para poder alcanzar el objetivo de conocer la terminología especializada de este género, llevé a cabo el segundo análisis. Para empezar, utilicé la herramienta *Wordsmith* para comprobar la frecuencia de palabras del corpus y poder saber cuáles eran los términos más utilizados. Para ello, introduje en el programa cada uno de los textos. Este programa, mediante la opción *make a WordList*, me proporcionó la frecuencia de palabras dentro del texto, varios porcentajes y el número de textos en que se encontraba (en mi caso, uno). Por un lado, pude comprobar que la frecuencia de las palabras no era muy elevada, es decir, los términos no se repetían en un gran número de ocasiones. Por otro lado, estas listas de palabras me permitieron fijarme en los distintos campos semánticos que recogían estos documentos y crear, a partir de ellos, dos glosarios multilingües, uno de términos médicos y otro de términos jurídicos. De esta manera, como ya he dicho, podría alcanzar otro de los objetivos de este TFG: familiarizarme con los términos especializados de este género, ya que es importante que el traductor conozca los términos con los que va a trabajar. En estos glosarios, incluí los términos en los cuatro idiomas, una frase en contexto en la que se empleara el término en cuestión y una definición del mismo. Tanto el contexto como la definición de los términos decidí incluirlos en una de mis lenguas A, español o catalán, ya que, por lo

general, estas son las lenguas hacia las que me gustaría trabajar, por tanto, consideré que sería interesante poder recoger cuanta más información, mejor, en este par de lenguas. En principio, intenté recoger todos los contextos en castellano. No obstante, en algunas ocasiones, no aparecían todos los términos que seleccioné en las cuatro lenguas, por lo que, si uno de los términos no aparecía en castellano, utilicé un contexto de los textos catalanes y, como última opción, si el término no aparecía ni en castellano ni en catalán, utilicé un contexto de un documento inglés. Esto únicamente me ocurrió con el término *efecto secundario*, pero creí conveniente añadirlo porque me pareció un término relevante, ya que es interesante conocer la diferencia entre términos tan cercanos como puede ser *efecto secundario* y *reacción indeseable*. Además, todas las definiciones las extraje de diccionarios españoles de referencia: el Diccionario de la Real Academia Española, que recoge términos procedentes del ámbito jurídico, y el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina. Por otro lado, para poder completar los términos de ambos glosarios, en ocasiones, tuve que hacer uso de varios diccionarios generales y especializados, puesto que, como he mencionado anteriormente, no siempre aparecían los términos en las cuatro lenguas. Los diccionarios que utilicé fueron: para los términos en español, el Diccionario de la Real Academia Española y el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina; para los términos en inglés, volví a hacer uso del Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina, ya que este proporciona el equivalente inglés de cada término, y el Diccionario médico Merriam Webster; para los términos en catalán, el Termcat; y, por último, para los términos en francés, la Encyclopédie médicale Larousse y el Dictionnaire de Français Larousse. Además, la búsqueda de los campos semánticos y la creación de estos glosarios, me permitió familiarizarme, no solo con la terminología de los CI, sino también con el contenido de manera más general, ya que gracias a los contextos pude observar, más específicamente, cómo se utiliza cada uno de los términos en cada idioma, y gracias a las definiciones, también, fui capaz de ampliar mis conocimientos.

Por último, para poder familiarizarme con las distintas formas de presentar la información y para descubrir cómo se presenta y se utiliza este género en cada cultura, llevé a cabo el análisis discursivo, mediante un análisis del tenor y de la representación del paciente en el texto, y mediante un análisis de la comprensibilidad. Estos análisis los realicé de manera manual, observando cada texto uno a uno. En la primera parte del análisis discursivo, localicé en cada uno de los textos cómo estaba representado el

lector: en primera o segunda persona del singular, mediante la forma de cortesía *usted*, etc., y cuál era su función en el texto, si participaba de manera activa, o si, por el contrario, tenía una función de recepción pasiva de la información. Asimismo, intenté establecer distintos grupos de patrones utilizando las diferencias y similitudes que observé en cada texto. Por último, con respecto al análisis de la comprensibilidad del texto, observé cómo se presentaba la información especializada en cada CI. Para ello, analicé cada uno de los textos e identifiqué los términos especializados en tres secciones distintas de los CI: descripción del procedimiento de la anestesia y función del anestesista, tipos de anestesia y, por último, riesgos y recomendaciones. Por último, busqué cuáles eran los diferentes métodos que se habían utilizado para favorecer la comprensión del lector (ejemplos, explicaciones, etc.), en el caso de que la comprensión del paciente se hubiera tenido en cuenta.

3. Resultados

3.1. Análisis de la macroestructura

Para realizar el análisis macroestructural he creado una tabla, que se encuentra en el Anexo 1, en la que he incluido los diez CI que conforman mi corpus. En esta tabla, he recogido todos los apartados presentes en cada uno de los CI y la información general que aparecía en cada uno de ellos. Asimismo, he querido añadir una tercera columna en la que he especificado la longitud de cada documento, medida en número de palabras y páginas, y las características propias de cada CI, en el caso de que las hubiera.

3.2. Análisis terminológico

Después de obtener las listas de los términos más repetidos a lo largo de los textos, me he fijado en los distintos campos semánticos que se pueden encontrar en este tipo de documentos, especialmente en aquellos relacionados con el campo de la medicina y de la anestesia, de manera que he podido obtener un punto de partida para la creación de los glosarios. Por ejemplo, estos son algunos de los campos semánticos que he observado: anestesia (anestesia general, local, regional, analgesia, anesthesiólogo, anestesista), alteraciones (efecto secundario, reacción adversa, reacción indeseable, reacción alérgica), medicamentos (fármacos, anestésicos), dispositivos médicos (máscara, tubo), riesgos (descenso de la tensión arterial, complicaciones respiratorias, vómitos, náuseas, ronquera, hematoma, parálisis, coagulación), técnicas utilizadas

(punción, uso de catéter). A partir de estos campos semánticos y de búsquedas manuales, he llevado a cabo los dos glosarios que se encuentran en el Anexo 2. En bastantes ocasiones, los términos que extraía el programa eran semejantes en todos los idiomas; no obstante, para poder completar el glosario, además de las búsquedas terminológicas manuales, he tenido que buscar algunos términos equivalentes en alguna de las lenguas, puesto que algunos de ellos no se encontraban en todos los CI (estos términos están marcados con un asterisco en los glosarios).

N	Word	Freq.	%	Texts	% Lemmas	Set
52	COL	4	0,29	1	100,0f	
53	FINS	4	0,29	1	100,0f	
54	HI	4	0,29	1	100,0f	
55	INTERVENCIONS	4	0,29	1	100,0f	
56	METGE	4	0,29	1	100,0f	
57	MOLT	4	0,29	1	100,0f	
58	QUIRÚRGICA	4	0,29	1	100,0f	
59	RISCS	4	0,29	1	100,0f	
60	SEDACIÓ	4	0,29	1	100,0f	
61	TOTES	4	0,29	1	100,0f	
62	ACONSEGUIR	3	0,22	1	100,0f	
63	AIXÒ	3	0,22	1	100,0f	
64	AQUESTA	3	0,22	1	100,0f	
65	AQUESTES	3	0,22	1	100,0f	

Ilustración 1. Wordlist CI de Barcelona

3.3. Aspectos discursivos

- **Tenor: cómo se representa al paciente en el texto y cuál es su rol**

Tras realizar una observación más exhaustiva del corpus compilado, he podido observar que a la hora de representar al paciente se siguen distintas estrategias. En primer lugar, me gustaría destacar que, tanto en el T1 como en el T2, se opta por el mismo procedimiento cuando se dirigen al lector: en la primera parte del documento, donde se expresa la información sobre la anestesia, el médico anesthesiólogo, los tipos de anestesia, etc., se dirigen al paciente en tercera persona. Este no participa de manera activa en la conversación y, en algunos apartados, este ni se llega a mencionar, sino que simplemente se explica, por ejemplo, en qué consisten los riesgos; sin embargo, en la última parte del documento, en la autorización, el paciente pasa a tomar el rol de primera persona del singular en ambos documentos, puesto que es él quien autoriza el proceso en cuestión. El caso del T9 y del T10 es bastante similar al que acabo de comentar. Aquí, quien toma la palabra es el médico y se dirige al paciente, una vez más, en tercera persona de singular. A continuación, es el propio paciente quien toma el papel principal cuando aparece la autorización en la que afirma, en primera persona, que comprende todo lo que envuelve el procedimiento y, por último, aparece una voz nueva,

la del intérprete, en el caso del T9 o, de nuevo, la del médico en el T10. En esta ocasión el paciente toma el papel de la tercera persona que no participa en la conversación de manera activa.

En segundo lugar, el T3 sigue otra estrategia. Al principio del texto, cuando se describe el procedimiento, se dirigen al paciente mediante el tratamiento de cortesía *usted*. Después, durante la descripción de los riesgos típicos del tratamiento se excluye al paciente y, por último, se observa, de nuevo, que el paciente toma el papel de primera persona en la autorización y la revocación.

En tercer lugar, el T4, el T5 y el T7, aunque son textos que pertenecen a distintas lenguas (español y francés), siguen el mismo patrón. Para empezar, se dirigen al lector utilizando el tratamiento de cortesía *usted*, en el caso del español, y *vous*, en el caso de los dos documentos suizos. A continuación, cuando se presenta toda la información relacionada con la intervención, tipos de anestesia, riesgos, recomendaciones, etc., el paciente no participa en la conversación, ya que pasa a representarse mediante la tercera persona del singular. Por último, en los tres textos se observa, de nuevo, que el paciente toma el papel principal en la autorización, ya que se utiliza la primera persona del singular. Asimismo, en el caso del T5 aparece, en último lugar, la declaración del médico, en la que afirma haber informado correctamente al paciente. Aquí, el paciente vuelve a representarse mediante la tercera persona.

Por último, el caso del T6 y del T8 también es distinto a los anteriores. Al tratarse de documentos en los que tiene un gran valor la parte oral del CI, la mayor parte de estos está redactada en primera persona. En el T6, la presentación que aparece al principio está redactada utilizando la forma de cortesía *vous* y, durante el resto del texto, el paciente pasa a tener el papel principal en la comunicación. En el caso del T8, se utiliza durante todo el texto la primera persona de singular, ya que, como se puede observar, la autorización empieza desde el primer momento.

- **Comprensibilidad de los textos: cómo se presenta la información especializada.**

En esta parte del análisis discursivo, me voy a centrar en el tipo de terminología y en la información especializada que se emplea en estos textos, para comprobar si esta se presenta pensando en el receptor para favorecer la comprensión o, en su defecto, si se redacta pensando en el emisor. En primer lugar, voy a analizar cómo se expone la información relacionada con la explicación del procedimiento de la anestesia, así como

con los tipos de anestesia y, en segundo lugar, me fijaré en cómo se presentan los riesgos y las recomendaciones. Para ello, me limitaré a analizar únicamente los CI en los que esta información está presente.

En el T1 aparece una explicación detallada sobre: qué es la anestesia, cuál es la función del anestesista y cuáles son los distintos tipos de anestesia. Se puede observar que se piensa bastante en el receptor, ya que el vocabulario que se utiliza es bastante neutro y poco especializado, aparecen explicaciones como: «la tràquea (prop dels pulmons)». Algunos de los términos que no se explican son: *flebitis*, *úlceres corneals*, *arítmies*, *intradural*, *epidural*, etc. En el caso del T2, la información se presenta también de manera clara, de hecho se observan algunos mecanismos que favorecen la comprensión del texto, por ejemplo, se explican algunos conceptos «catèter (tubet de plàstic)», o se utilizan hiperónimos «un dispositiu (tub traqueal, màscara laringea u altre)». Este CI no contiene la explicación de los distintos tipos de anestesia puesto que se trata de un CI que solo engloba la anestesia general. En el T3 también se le explica al paciente en qué consiste la anestesia, sus tipos y el papel del anestesista de manera detallada y accesible, solo aparecen algunos términos que no se explican: *tubo endotraqueal*, *periodo perioperatorio*, *nervios raquídeos*, etc. El T4 también presenta las mismas características que los anteriores, la redacción es sencilla y no se utiliza una gran cantidad de términos especializados. Además, de nuevo, podemos encontrar ejemplos de aclaraciones: *punción (pinchazo)*, *manejo (tratamiento)*, *monitorización (seguimiento)*. En el T5 también parece que se piensa en el receptor, ya que se explican los distintos tipos de anestesia de manera muy detallada y sin utilizar términos muy especializados. Se explica, incluso, qué es lo que siente el paciente con cada uno de los métodos. El T7 también presenta información muy detallada y comprensible sobre qué es la anestesia y los distintos tipos que se pueden utilizar. En este caso, podemos observar técnicas que permiten que el texto sea más claro, por ejemplo, se utiliza la analogía para describir el estado en el que el paciente se encuentra bajo los efectos de la anestesia: «*sommeil artificiel*». Además, también encontramos explicaciones que aparecen entre paréntesis: *antalgique (médicament contre la douleur)*; o explicaciones sobre la parte del cuerpo de la que están hablando: *liquide céphalo-rachidien où baigne la moelle épinière*, etc. En este CI también se utilizan ejemplos cuando se describen los distintos tipos: *L'anestésie tronculaire [...] On endort par exemple les nerfs qui confrontent le bras et la main [...]*. El T8 presenta diferencias aparentes respecto a los CI que he mencionado anteriormente. En esta ocasión, no se presta tanta atención a la

comprensibilidad del texto, es decir, se utilizan términos más técnicos que no están acompañados de ninguna explicación (*oro-intubation, centroneuraxis*, etc.) y tampoco se explican los distintos métodos de anestesia regional, como sucedía en los casos anteriores, estos únicamente se mencionan (*spinal, epidural, caudal, nerve block*). Por último, el T9 y el T10 son documentos muy esquemáticos, en los que no se proporciona información escrita al paciente sobre el proceso al que va a someterse.

Ahora me gustaría comentar cómo se presenta la información recogida en el apartado de los riesgos y en el de las recomendaciones. En el T1, los riesgos de la anestesia se redactan de manera clara, sin utilizar un vocabulario muy especializado. Además, aquí también encontramos explicaciones entre paréntesis, *monitoratge invasiu (posar catèters dins de venes, arteries...)*, que mejoran la comprensión del texto. En el caso del T2, también parece que se redacte el documento de una manera comprensible, estos son algunos de los términos especializados que no están explicados: *tub traqueal, traquea, faringe, sèrums*, etc. En el T3, sí se utiliza una cantidad mayor de terminología médica y esta no se explica: *infarto de miocardio, obstrucción de la vía aérea, flebitis, punciones raquídeas, meningitis, daño neurológico*, etc., por lo que se podría decir que en este apartado no se tiene tan en cuenta la comprensibilidad del texto. En el T4, la información se presenta de manera más clara, puesto que no se utilizan numerosos términos especializados. Además, se emplean recursos como los paréntesis explicativos, para favorecer la comprensión, «guardar ayuno (no ingerir ningún tipo de alimento o líquido)», y se proporcionan, incluso, ejemplos de tipos de fármacos: «medicamentos que afectan a la coagulación de la sangre (por ejemplo, Aspirina, Adiro, Asasantín [...])». En el T5 también aparecen términos especializados en este apartado, por ejemplo: *membre plexique ou tronculaire, compartiment intravasculaire, abcès, pompe sécurisée, monitoring*, etc., y, en ocasiones, se utilizan paréntesis explicativos, aunque no para todos los conceptos: *opiacés (morphine), rester à jeun (c'est-à-dire ni boire, ni manger)*. La redacción del T7 es un poco más compleja, se puede observar que está redactado de una manera más formal y elaborada, si lo comparamos con los anteriores. Además, se utilizan palabras de un registro más elevado, como en el caso de: *problèmes de miction*, —en vez de utilizar, por ejemplo, *difficultés à oriner*, como en el T5—, o *difficultés de déglutition*. En este documento, de nuevo, aparecen paréntesis explicativos: «rester à jeun (sans boire ni manger)». Por último, en el caso del T8, se presentan los términos médicos que hacen referencia a los riesgos en una lista, por lo

que no aparece ninguna explicación y no se emplea ningún método para favorecer la comprensibilidad, ejemplos: *bronchospasm, arrhythmias, meningitis*, etc.

4. Interpretación de los resultados y conclusiones

4.1. Resultados y reflexiones del análisis

En primer lugar, me gustaría comentar que, debido al reducido número de CI que forman el corpus, los resultados obtenidos serán de carácter exploratorio y no será posible llegar a generalizaciones. Este análisis me ha servido para corroborar lo que ya explicaba en el apartado de la definición, puesto que tras llevar a cabo un análisis más exhaustivo de este género, he podido comprobar que sí se trata de un género muy heterogéneo, puesto que podemos encontrar muchas diferencias entre culturas con respecto a su estructura, a la terminología que emplean, a la manera en la que están redactados, a su longitud, etc.

Tras el análisis del contenido y estructura de cada documento, he llegado a la conclusión de que pueden existir distintos tipos de CI, incluso si nos encontramos dentro de un ámbito tan acotado como los tipos de anestesia. En el corpus que he compilado aparecen, sobre todo, dos tipos de CI, aquellos que recogen toda la información que necesita el paciente, para poder tomar una decisión de manera plenamente consciente, y aquellos que hacen alusión a una entrevista previa entre el facultativo y el paciente, en la que el primero le proporciona toda la información necesaria al receptor de forma oral. En términos generales, se podría afirmar que los CI ingleses de mi corpus se corresponden, todos ellos, con el segundo grupo, es decir, con los CI más escuetos en los que el intercambio de información se realiza previamente de manera oral, mientras que en el caso de los consentimientos franceses, estos pueden variar puesto que en el corpus aparecen CI de ambos tipos. En cuanto a los CI en español y catalán, parece ser que la tendencia sería presentar toda la información necesaria de manera escrita.

Asimismo, me gustaría resaltar un aspecto que me ha parecido curioso, que es el hecho de que únicamente aparezca el papel del intérprete en CI procedentes de países de habla inglesa, Australia y Reino Unido. Es interesante reflexionar sobre esto, dado que se podría llegar a pensar que en estos países sería donde *menos* se necesitaría la participación de estos profesionales, por el pensamiento generalizado de que es una de las lenguas más habladas del planeta. Asimismo, esto nos conduciría a pensar que estos países reciben un gran número de inmigrantes extranjeros y se podría suponer que la

mayoría de ellos son de mediana edad, por lo que, quizás, no sean capaces de adquirir un nivel de lengua alto o bilingüe. Por esta razón, se corroboraría la necesidad de contar con estos profesionales. Además, desde mi punto de vista, estos países son más conscientes de la necesidad y de la importancia de su papel, ya que justamente allí existen instituciones de regulación y acreditación de traductores e intérpretes. En el caso de Reino Unido se trataría de The chartered Institute of Linguists y, en el caso de Australia, la NAATI (National Accreditation Authority for Translators and Interpreters LTD).

Con respecto a la longitud de los documentos, se podría concluir que aquellos documentos que hacen referencia a la interacción previa entre facultativo y paciente tienen una longitud que oscila entre las 500 y 650 palabras, mientras que aquellos que sí proporcionan detalles sobre el procedimiento oscilan entre 750 y 1700 palabras. Como se puede observar, estos últimos presentan un abanico mucho más amplio, dependiendo de la cantidad de información de recojan.

Por último, con respecto a este apartado del análisis, me gustaría añadir una tabla que recoge los apartados que podrían aparecer en un CI según el corpus, puesto que un traductor competente deberá estar familiarizado, *grosso modo*, no solo con el vocabulario habitual de un género, sino también con su macroestructura y con el contenido de cada uno de sus apartados.

Tabla 2. Contenidos de un CI

Contenidos²
Breve explicación sobre la función del CI.
Descripción sobre los pasos previos antes de reunirse con el médico.
Explicación de la función y procedimiento de la anestesia y del papel del anestesista.
Descripción de los distintos tipos de anestesia que podrían aplicarse.
Descripción del riesgo quirúrgico y anestésico.
Riesgos personalizados del paciente.
Objetivos, beneficios y alternativas al tratamiento.
Recomendaciones previas y posteriores a la intervención.
Declaración del médico, datos y firma del médico.
Autorización: <ul style="list-style-type: none"> - Declaración del paciente - Datos del paciente - Datos del médico

² El orden en el que se presenta esta información puede variar dependiendo del CI.

<ul style="list-style-type: none"> - Fecha del documento - Firma del paciente o representante legal - Firma del médico
Declaración del intérprete, datos y firma del intérprete.
Revocación del CI, fecha y firma del paciente y médico.

Tras el análisis terminológico, he observado que este tipo de documentos recoge un número elevado de campos semánticos relacionados con la anestesia. Es importante que el traductor esté familiarizado también con los campos semánticos que aparecen en sus textos puesto que, en ocasiones, algunos de los términos que se recogen en ellos pueden parecer semejantes, como es el caso de *efecto secundario* y *reacción adversa* o *anestesiólogo* y *anestesista*, y entrañar diferencias en su significado. Asimismo, el resultado de este análisis ha sido la creación de dos glosarios especializados. El glosario médico tiene un total de 50 entradas y el jurídico está compuesto de 13. Se podría afirmar que, aunque se trate de un género híbrido, como ya se ha explicado, la carga terminológica médica es superior a la jurídica, dado que, esta última se encuentra recogida principalmente en la autorización.

Con respecto al análisis del tenor, podría afirmar que existen dos generalizaciones relacionadas con la información que recoge la función del documento, de la anestesia y del anestesiólogo; o bien se utiliza la tercera persona del singular, o bien se utiliza la forma de cortesía *usted* para dirigirse al paciente. Con respecto a la descripción de los distintos tipos de anestesia y riesgos, la redacción es distinta a la anterior. Todos los documentos se redactan utilizando la tercera persona del singular para dirigirse al paciente o este ni se menciona en la conversación, por lo que se trataría de apartados más despersonalizados, posiblemente debido a que su intención sea únicamente informativa. Por último, con respecto a la parte final del CI, también existe una homogeneidad, ya que en todos los formularios se utiliza la primera persona del singular en la parte de la autorización, puesto que ahí es el propio paciente el que tiene que dar su consentimiento para realizar la intervención. Como traductores, saber cómo dirigirnos a nuestro público, especialmente cuando estos mecanismos varían de una lengua a otra, será un aspecto fundamental cuando desempeñemos nuestro trabajo.

También me gustaría resaltar la diferencia existente entre los documentos que hacen referencia a una reunión previa entre el paciente y el facultativo, con respecto a aquellos en los que se proporciona toda la información necesaria. En el primer caso,

existe una tendencia a redactar la mayor parte del documento en primera persona, dado que, básicamente, el documento sirve para que el paciente otorgue su consentimiento y afirme que ha recibido y entendido toda la información que le han proporcionado oralmente; mientras que, en el segundo caso sí existe una alternancia entre la tercera persona del singular, la forma de cortesía y la primera persona en función del apartado en el que nos encontremos.

Por otro lado, después de analizar la comprensibilidad del texto, he podido observar que existe una tendencia a explicar los términos mediante el uso de paréntesis explicativos, ejemplos, etc., para favorecer la comprensibilidad. Esto es importante porque, como ya he explicado, los CI son géneros híbridos que recogen términos especializados procedentes de múltiples campos, por lo que, como traductores, deberíamos facilitar la comprensión del documento si en el CI original esto no se ha tenido en cuenta. No obstante, es cierto que estos mecanismos se utilizan únicamente en los documentos en los que se describen los apartados de manera detallada; en el caso de los CI más esquemáticos, en los que se ha producido una interacción oral previa, solo tienden a aparecer enumeraciones con los tipos de anestesia y los riesgos, y en algunos casos, como por ejemplo en el CI de la clínica Vignoli, ni siquiera aparecen estas enumeraciones. Por tanto, se podría deducir que estos CI no se redactan pensando en el paciente, sino que se utilizan básicamente para conseguir la *autorización* del paciente y para que quede registrado de manera escrita el procedimiento. Por tanto, la información exhaustiva previa a la firma del CI se proporciona únicamente de manera oral. Debido a estas diferencias, cuando se lleve a cabo la traducción de este tipo de documentos, será importante que el traductor conozca el contexto en el que se utiliza el CI, si existe una interacción previa entre los participantes o si, por el contrario, se ofrece al paciente toda la información necesaria en el documento.

Finalmente, me gustaría comentar que realizar estos análisis me ha permitido familiarizarme con la estructura y terminología de los CI en las cuatro lenguas. Además, me ha dado la oportunidad de conocer las distintas funciones que puede tener este documento, puesto que se puede utilizar simplemente para recoger el consentimiento del paciente o para proporcionar al receptor toda la información necesaria. Por otro lado, me gustaría hacer hincapié en la necesidad de familiarizarnos con los géneros textuales con los que trabajemos, para poder realizar nuestro trabajo con profesionalidad, sobre todo, si tenemos en cuenta que las fronteras entre los géneros están, cada vez, menos definidas, y que los géneros híbridos son cada día más frecuentes. Asimismo, me

gustaría hacer una pequeña reflexión sobre el uso de textos paralelos. A lo largo de la titulación, nos han hablado de la importancia de la búsqueda de textos paralelos. En mi opinión, este trabajo me ha servido para darme cuenta de que los textos paralelos son necesarios para desempeñar el trabajo del traductor, pero es cierto que tenemos que saber cuál es su función, dependiendo del texto que tengamos delante. En muchas ocasiones, durante los primeros años de carrera realizábamos búsquedas eternas intentando buscar textos paralelos que nos dieran todas las respuestas; no obstante, no éramos conscientes del verdadero propósito de esta técnica y cómo hacer uso de ella. En el caso de este corpus, el hecho de haber recogido textos paralelos originales es útil para conocer cuál es el contexto en el que este género tiene lugar, cuál es la forma de presentación, cuáles son las funciones del género y, obviamente, para familiarizarnos con la estructura y terminología específicas de este género. Por último, me gustaría mencionar que aunque el CI sea un género muy utilizado y extendido por el mundo, este presenta, efectivamente, diferencias en la estructura, en los contenidos, en la terminología utilizada y en la redacción, dependiendo de la cultura en la que nos encontremos. Por lo tanto, gracias a la compilación del corpus y a la realización de los distintos análisis, he podido corroborar la hipótesis sobre la variabilidad formal y conceptual que presentaba al inicio del trabajo.

4.2. Relación del trabajo con los conocimientos adquiridos en la carrera

Este trabajo está relacionado con distintas asignaturas del grado de Traducción e Interpretación. En primer lugar, en los primeros años de carrera, en las asignaturas de Lingüística y Documentación, estudiábamos la importancia de los corpus textuales para la traducción, no solo para la docencia sino también para el ámbito profesional. Quizás, en aquel momento no nos dábamos cuenta de la importancia que pueden llegar a tener los corpus textuales en la traducción, pero con este trabajo me he dado cuenta de lo importante que puede llegar a ser crear corpus propios como método de documentación y recopilación de textos paralelos. Por otro lado, como ya he mencionado, uno de los detonantes para llevar a cabo este trabajo fue la asignatura de Traducción Científico-Técnica del itinerario de cuarto, ya que nos permitió empezar a familiarizarnos con distintos géneros médicos. Asimismo, este trabajo también está relacionado con los contenidos de la asignatura de Mediación en los Servicios Públicos, puesto que en ella

también hemos hecho hincapié en la importancia de algunos documentos médicos, como el caso del CI, ya que en numerosas ocasiones, los intérpretes tienen que interpretar estos documentos a la vista, por tanto, una vez más, será esencial estar familiarizados con las características y estructura propias de este documento en cada una de nuestras lenguas de trabajo. Además, otra actividad que me hizo interesarme por el ámbito de los corpus textuales durante este último curso fue trabajar con una beca de investigación con el grupo COVALT. Esta experiencia me permitió *descubrir* de una manera más práctica lo útiles que pueden llegar a ser los corpus en la traducción y cómo utilizar esta herramienta para investigar aspectos concretos de textos originales y de sus traducciones.

4.3. Intereses futuros

Desde mi punto de vista, este trabajo no solo se trata del punto final de esta etapa formativa, sino que representa una puerta para seguir profundizando en mis conocimientos sobre este género textual. Además, me podrá servir para seguir investigando sobre otros géneros textuales médicos, de manera que podría continuar ampliando el corpus, que he creado para este TFG, con otros géneros médicos en todas mis lenguas de trabajo. De esta manera, podría familiarizarme paulatinamente con más géneros médicos, así como crear más glosarios con los términos de esos nuevos géneros textuales.

5. Bibliografía

5.1. Fuentes para compilar el Corpus CI

En este primer apartado de la bibliografía añadiré las fuentes de las que he extraído todos los documentos que conforman mi corpus. Hay que tener en cuenta que todos ellos son textos reales y que, por tanto, no tienen fecha ni autor, al igual que sus fuentes de origen, dado que se trata de instituciones sanitarias u hospitales públicos o privados.

Clínic Barcelona, Hospital Universitari. Recuperado el 6 de marzo de 2015 de:

http://www.hospitalclinic.org/files/EIClinic/atenciohospitalaria/anestesia/informacio_consentiment_informat.pdf

Clínica Vespucio. Recuperado el 6 de marzo de 2015 de:

<http://www.clinicavespucio.cl/archivos/consentimientos/11997-9599.pdf>

Comunidad de Madrid. Recuperado el 21 de febrero de 2015 de:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCI++SEDACION.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalLaPrincesa&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352846022411&ssbinary=true>

Ensemble Hospitalier de la Côte. Recuperado el 21 de febrero de 2015 de:

[http://www.ehc-
vd.ch/jahia/webdav/shared/conn%20EHC/ethique/Consentement%20eclair%C3%A9/Anesthesie.pdf](http://www.ehc-vd.ch/jahia/webdav/shared/conn%20EHC/ethique/Consentement%20eclair%C3%A9/Anesthesie.pdf)

Générale de Santé. Clinique Vignoli. Recuperado el 21 de febrero de 2015 de:

<http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CQIFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.generale-de-sante.fr%2Fclinique->

vignoli-salon-de-

provence%2Fcontent%2Fdownload%2F8282%2F96123%2Ffile%2FConsentem
ent%2520%25C3%25A9clair%25C3%25A9%2520pour%2520une%2520interv
ention%2520chirurgicale%2520et%2520anesth%25C3%25A9sique%2528EN20
8A%2529.pdf&ei=ctdNVfzcL8S0UcWQgNAF&usg=AFQjCNFI_UkxhnJgOpC
8vx0R-jFW21pMCQ

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Recuperado el 6 de marzo de 2015 de:

<http://www.san.gva.es/documents/151744/512016/Anestesia+general.pdf?version=1.0>

Government of Western Australia. Department of Health. Recuperado el 21 de febrero de:

http://www.chiefpsychiatrist.health.wa.gov.au/docs/forms/Patient_Consent_to_Anaesthesia.pdf

Hôpital Riviera Chablais Vaud-Valais. Recuperado el 21 de febrero de 2015 de:

http://www.hopital-riviera.ch/information__et_consentement_eclairé_-_anesthesie.pdf

The Ministry of Health, Belice, C.A. Recuperado el 21 de febrero de 2015 de:

http://health.gov.bz/www/attachments/366_Informed%20Consent%20Form.pdf

Wirral Community NHS. Recuperado el 9 de abril de 2015, de

<http://www.wirralct.nhs.uk/attachments/article/21/Consent%20Form%201%20Final%20Jan%202014.pdf>

5.2. Fuentes de información y documentación

BITRA. Bibliografía de Interpretación y Traducción. Recuperado el 15 de abril de 2015

de: https://aplicacionesua.cpd.ua.es/tra_int/usu/buscar.asp

- Booth, W. C. Colomb, G. G. & Williams, J. M. (2008). *The craft of research* (3rd edition). University of Chigado Press.
- Borja Albi, A. (2012). Aproximación traductológica a los textos médico-jurídicos. *Panace@*, XIII (36), 167-175. Recuperado el 7 de abril de 2015 de:
http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n36-tradyterm_ABorjaAlbi.pdf
- Dictionnaires de français Larousse. Recuperado el 18 de mayo de 2015 de
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Encyclopédie Larousse. Recuperado el 18 de mayo de 2015 de
<http://www.larousse.fr/encyclopedie>
- Fernández Piera, M. & Ardura Ortega, M. (2012). Adaptación del consentimiento informado a la legislación española en los ensayos clínicos internacionales. *Panace@*, XIII (36), 291-293. Recuperado el 26 de abril de 2015 de:
http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n36-revistilo_MFPiera-MArduraOrtega.pdf
- Galán Cortés, J. C. (1997). *El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios*. Madrid: Colex.
- Gallego-Borghini, L. (2012). La traducción de géneros jurídico-administrativos en la gestión de ensayos clínicos multinacionales en España: más allá del protocolo. *Panace@*, XIII (36), 176-201. Recuperado el 26 de abril de 2015 de:
http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n36-tradyterm_LGallegoBorghini.pdf
- García Izquierdo, I. & Montalt Resurrecció, V. (2002). Translating into Textual Genres. *Linguistica Antverpiensia. New Series - Themes in Translation Studies*, (1), 1-9. Recuperado el 18 de marzo de: <https://lans-tts.uantwerpen.be/index.php/LANS-TTS/article/view/12>

- García Izquierdo, I. (2005). Corpus electrónico, género textual y traducción: metodología, concepto y ámbito de la Enciclopedia electrónica para traductores GENTT. *Érudit*, 50(4). doi: 10.7202/019918ar. Recuperado el 18 de marzo de 2015 de: <http://doi.org/10.7202/019918ar>
- García Izquiero, I. (2011). *Competencia textual para la traducción*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Ley 3/2001 reguladora del consentimiento informado (2001). Recuperado el 8 de abril de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ga-l3-2001.t2.html#t2
- Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Artículos 4 y 10 (2002). Recuperado el 8 de abril de 2015 de: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l41-2002.html
- Ley General de Sanidad, Artículo 10.6 (1986). Recuperado el 8 de abril de 2015 de: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Mallardi, V. (2005). The origin of informed consent [Abstract]. *PubMed.gov*.
Recuperado el 30 de marzo de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16602332>
- Merriam-Webster. Recuperado el 18 de mayo de 2015 de <http://www.merriam-webster.com/>
- Montalt Resurrecció, V. & González Davies, M. (2007). *Medical Translation Step by Step. Translation Practices explained*. Manchester: St. Jerome Publishing.
- Mugüerza, P. Barbetti Vros, L. & Gallego-Borghini, L. (2010). Glosario crítico inglés-español de documentos de consentimiento informado. *Panacea@*, XII (33), 19-34. Recuperado el 19 de marzo de 2015 de: <http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n33-Tradyterm-MuguerzaVrosBorghini.pdf>

Muñoz-Miquel, A. (2009). El acceso al campo profesional de traducción médica: hacia una definición social del traductor médico. *Fòrum de Recerca* (14), 1-18.

Recuperado el 13 de marzo de 2015 de:

<http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi14/trad/4.pdf>

Panace@, Revista de Medicina, Lengua y Traducción. Recuperado el 19 de marzo de 2015 de: <http://www.medtrad.org/panacea/PanaceaActual.htm>

PubMed.gov. Recuperado el 30 de marzo de 2015 de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Ramos, L. C. (2012). El consentimiento informado. *Panace@*, XIII (36), 294-298.

Recuperado el 30 de marzo de 2015 de:

http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n36-revistilo_LCRamos.pdf

Real Academia Española. Recuperado el 13 de mayo de 2015 de: <http://www.rae.es/>

Real Academia Nacional de Medicina. Recuperado el 13 de mayo de 2015 de:

<http://dtme.ranm.es/index.aspx>

Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, artículo 7.2 (2004). Recuperado el 8 de abril de 2015 de:

http://www.aemps.gob.es/legislacion/espana/investigacionClinica/docs/rc1_2004_325.pdf

Saldhana, G. & O'Brien, S. (2014). Chapter 3. Product-oriented research. En *Research Methodologies in Translation Studies* (pp.50-108). Routledge.

Termcat. Recuperado el 18 de mayo de 2015 de <http://www.termcat.cat/>

The Nuremberg Code. HHS.gov. Recuperado el 6 de marzo de 2015 de:

<http://www.hhs.gov/ohrp/archive/nurcode.html>

6. Anexos

Anexo 1: Análisis macroestructura y extensión

Tabla 3. Análisis macroestructura y extensión

Consentimiento informados	Macroestructura e información recogida en cada apartado	Características propias y extensión
T1. Clínic Barcelona. Hospital Universitari	Descripción del procedimiento de la anestesia y del papel del médico anesestesiólogo.	Extensión: 3 páginas. 1306 palabras.
	Explicación de los riesgos que existen durante el procedimiento: riesgo quirúrgico y riesgo anestésico.	
	Descripción de cada uno de los tipos de anestesia: local, general, loco regional, sedación farmacológica.	
	Autorización: <ul style="list-style-type: none"> - Datos del médico. - Tipo de anestesia que se va a utilizar. - Complicaciones previsibles. - Información de que el paciente puede retirarse en cualquier momento y que tiene derecho a hacer reclamaciones futuras. - Fecha. - Firma anestesista y paciente o representante, si el paciente es menor de edad o incapacitado. 	
T2. Generalitat Valenciana. Agència Valenciana de Salut	Identificación y descripción del procedimiento: anestesia general.	Extensión: 2 páginas. 779 palabras.
	Objetivos de procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar.	Aparece un apartado para la revocación.
	Alternativas al tratamiento.	
	Consecuencias previsibles de su realización y de su no realización.	

	Riesgos de la administración de la anestesia.	
	Riesgos en función de la situación clínica del paciente.	
	Autorización: <ul style="list-style-type: none"> - Datos del paciente o familiar responsable. - Datos del médico e intervención que se va a realizar. - Fecha. - Firma del paciente y del doctor. 	
	Revocación del CI: fecha de inicio del tratamiento y de revocación del mismo, firma del médico y paciente.	
T3. Salud Madrid. Hospital Universitario La Princesa	Datos del paciente.	Extensión: 2 páginas. 818 palabras. También aparece el apartado para la revocación.
	Datos del médico que informa (nombre y núm. de colegiado) y fecha.	
	Descripción del procedimiento de la anestesia y descripción de cada tipo de anestesia. Función del médico especialista en anestesiología. Consentimiento para la realización de una transfusión sanguínea si fuera necesario.	
	Descripción de los riesgos típicos del procedimiento anestésico.	
	Descripción de los riesgos típicos de la anestesia general.	
	Descripción de los riesgos específicos de la anestesia loco-regional.	
	Especificación de los riesgos personalizados de paciente.	
Autorización: <ul style="list-style-type: none"> - Nombre del paciente. - Firma del paciente y médico. - Datos del representante legal del paciente y firma. 		
Revocación del CI: firma y DNI del paciente o representante legal y firma del médico.		
T4. Chile. Clínica Vespucio	Fecha del formulario y nombre del paciente.	Extensión: 3 páginas. 1361 palabras.
	Explicación breve sobre el contenido del CI y sobre la función del mismo.	

	<p>Información general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué es y para qué se utiliza la anestesia. - Tipos de anestesia. - Función del médico anestesista. - Riesgos comunes a todos los tipos de anestesia. - Riesgos graves de la anestesia. - Traslado del paciente a la unidad de recuperación y situación postoperatoria. - Indicaciones para el alta de la clínica. - Recomendaciones previas a la intervención. - Cómo se procede en cada tipo de anestesia (general y regional). 	
	<p>Condiciones particulares de paciente.</p>	
	<p>Autorización del CI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre y firma del paciente. - Declaración de que todos los datos entregados por el paciente son reales. - Declaración de que el paciente es consciente de su derecho a revocar el CI. - Tipo de tratamiento y doctor encargado. - Autorización para que el médico anestesista realice los cambios que considere oportunos. - Fecha de obtención del CI. - Fecha de realización del procedimiento. - Procedimiento o intervención quirúrgica. <p>Nombre, R.U.T y firma del médico y del paciente o representante legal.</p>	
<p>T5. Montreaux (Suiza). Hôpital Riviera</p>	<p>Explicación de cómo se va a proceder (introducción modo carta). Antes de la operación: cita con el médico de cabecera y, a continuación, con el anesthesiologo.</p>	<p>Extensión: 4 páginas. 1696 palabras. En este CI, se le informa al paciente de todos</p>

	Explicación de para qué sirve a anestesia y descripción de los distintos tipos: anestesia general y loco-regional (aquí también se explican los distintos tipos de anestesia loco-regional).	los pasos previos que tiene que realizar antes de firmar el documento: consulta con el cirujano, visita al médico de cabecera, concertar la entrevista con el médico anestesista a través de la central de anestesia, etc. Asimismo, incluye el número de teléfono de la central de anestesia.	
Explicación de cómo se procederá el día de la operación.	Descripción de los principales riesgos según el tipo de anestesia.		
Tratamiento del dolor después de la operación.	Recomendaciones para antes de la operación, para después de la misma y para las 24 horas siguientes a la anestesia.		
Apartado para posibles preguntas del paciente.	Despedida del servicio de anestesia.		
<p>Autorización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre, apellidos y fecha de nacimiento del paciente. - Declaración de haber recibido toda la información necesaria y haber llevado a cabo todos los pasos previos a la intervención (el paciente deberá seleccionar y rellenar los apartados correspondientes). - Firma del paciente o representante legal. - Fecha. - Declaración del médico junto a su nombre, firma y fecha. 	<p>Extensión: 2 páginas. 570 palabras.</p> <p>Aquí se recalca que no se trata de un documento para eximir de responsabilidad al centro sanitario o al médico. Se trata de un CI cuya parte oral tiene un gran valor, puesto que como se menciona a lo</p>		
T6. Générale de Santé (Francia). Clinique Vignoli			Saludo.
			Explicación de para qué sirve el documento presente.
	Descripción del tipo de información que el paciente ha recibido con anterioridad por parte del médico: riesgos de no someterse a la intervención, otros tratamientos, naturaleza, objetivos y utilidad de la intervención, así como sus inconvenientes y efectos secundarios, los riesgos y complicaciones a corto y largo plazo.		

	<p>Autorización: el paciente deberá señalar los apartados con los que esté de acuerdo con respecto a: los inconvenientes que puedan haber, la práctica de transfusiones sanguíneas, la transferencia a otro centro y la implantación de prótesis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Declaración de que el paciente comprende todo lo que se ha explicado en el CI y de que el documento se ha rellenado de manera adecuada. - Nombre, apellidos, fecha de nacimiento, lugar y fecha de la firma y firma del paciente. 	<p>largo del texto, se ha producido una comunicación previa a la firma del documento en la que el médico le ha proporcionado al paciente toda la información necesaria para que este pueda dar su consentimiento de manera consciente. Por esta razón, en el documento ni siquiera se menciona el tipo de intervención que se va a llevar a cabo.</p>
T7. Ensemble hospitalier de la Côte (Suiza)	Saludo.	Extensión: 3 páginas. 868 palabras.
	Explicación de cómo se va a proceder.	
	Descripción de las principales técnicas de anestesia: general, loco-regional (y sus tipos).	
	Descripción de los riesgos y efectos secundarios de la anestesia.	
	Recomendaciones pre y post operatorias.	
	Explicación de la finalidad del documento: preparar al paciente para la consulta con el médico y que este pueda resolver todas sus dudas, para después poder firmar el documento.	
	Apartado de preguntas del paciente.	
	Apartado de notas complementarias del doctor.	
	Aceptación del tratamiento o intervención (el paciente debe señalar una opción).	
	Declaración de que el paciente ha recibido toda la información necesaria.	
	Nombre y apellidos del paciente. Firma del paciente o representante legal. Firma del médico. Lugar y fecha.	

T8. Ministry of Health Belize	Datos del paciente (nombre, fecha de nacimiento, sexo, dirección), fecha del documento y SSB.	<p>Extensión: 2 páginas. 559 palabras.</p> <p>En este caso, la autorización empieza desde el principio del documento y podemos observar, de nuevo, que ha habido una comunicación previa entre el paciente y el facultativo. Por esta razón, al igual que el CI de Francia, se trata de un documento más escueto que el resto en el que no se profundiza sobre la intervención que se va a realizar. En este caso, se menciona de manera resumida los tipos de anestesia, los riesgos y los efectos secundarios.</p> <p>Es el primer caso en el que aparece la figura del testigo y la verificación e identificación del paciente justo antes de empezar con el procedimiento.</p>
	<p>Autorización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre del paciente y del anestesiólogo encargado del procedimiento. - Declaración de que el paciente está conforme con el procedimiento escogido. Se especifican a continuación los tipos de anestesia. - Declaración de que el paciente es consciente de que pueden producirse cambios durante el procedimiento. - Breve descripción de los efectos secundarios y riesgos que conlleva la anestesia. - Declaración de que se ha informado al paciente y se le ha permitido resolver todas sus dudas. Información del derecho de revocación hasta antes de administrar la anestesia. - Nombre del anestesiólogo y fecha. - Firma del paciente o responsable y fecha. - Firma del testigo y fecha. 	
	Verificación e identificación del paciente.	
T9. Government of Western Australia. Department of Health	Datos del paciente (nombre, fecha de nacimiento, dirección, etc.)	<p>Extensión: 2 páginas. 527 palabras.</p> <p>Es el primer CI en el que aparece a figura del intérprete.</p> <p>De nuevo, se observa que ha habido una comunicación previa entre el paciente y el facultativo. Esto se puede comprobar ya que el CI está redactado de manera esquemática y los participantes de la comunicación tienen que señalar las distintas casillas en función</p>
	Declaración de consentimiento. El médico deberá señalar las casillas adecuadas en función de si el paciente ha recibido toda la información necesaria.	
	Lista de procedimientos propuestos al paciente.	
	Lista de las técnicas de anestesia.	
	Lista de riesgos del procedimiento.	
	Datos del médico anestesiólogo que obtiene el CI (nombre, firma, título y fecha).	

	Datos del médico anesthesiólogo que se encarga del procedimiento (nombre, firma, título, fecha).	de los temas de conversación que se hayan tratado. Otra vez, no se explican los tipos de anestesia, los riesgos, etc., estos simplemente se mencionan en la lista.
	Declaración del paciente. El paciente deberá señalar las casillas adecuadas en función de la información que ha recibido y de si la ha comprendido. Nombre y firma del paciente. Fecha y hora.	
	Declaración del sobre el trabajo realizado. Nombre y firma de intérprete. Fecha.	
T10. Department of Health, Social Services and Public safety. UK	Datos de paciente o etiqueta impresa (nombre, apellidos, fecha de nacimiento, número de identificación, sexo, facultativo responsable, requisitos especiales, etc.)	Extensión: 3 páginas. 657 palabras.
	Declaración del facultativo: <ul style="list-style-type: none"> - Nombre del procedimiento. - Explicación del procedimiento junto a los beneficios y los riesgos. - Otros procedimientos que puedan ser necesarios durante la intervención. - Documentación que se le ha entregado al paciente. - Datos del facultativo. 	Otra vez, se observa que se ha producido una comunicación previa oral, antes de firmar y completar el CI. En esta ocasión, es el propio facultativo quien tiene que rellenar algunos apartados del CI para especificar toda la información que le ha proporcionado al paciente: los beneficios, los riesgos, procedimientos a los que quizás haya que recurrir, etc.
	Detalles de contacto.	En este CI vuelve a aparecer la figura del intérprete.
	Declaración del intérprete: firma, fecha y nombre.	
	Declaración del paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Explicación del derecho a retirarse del proceso. - Declaración de que el paciente es consciente de los riesgos, beneficios, etc. - Consentimiento para utilizar el documento para la educación, investigación, etc. 	
	Declaración del testigo (si fuera necesaria): firma, fecha y nombre.	

	Confirmación del consentimiento (la rellena el facultativo una vez el paciente ha firmado la documentación): firma, fecha, nombre y título.	
	Notas importantes: documento de voluntades finales y revocación del CI.	

Anexo 2: Glosarios terminológicos

Tabla 4. Glosario de términos médicos

	Español	Català	English	Français	Contexto	Definición
1	Administración*	Administració	Administration	Administration* ³	L'administració de fàrmacs anestèsics per via intravenosa ó d'inhalació, procurant la màxima seguretat, comoditat i vigilància durant l'acte quirúrgic.	s.f. Introducción de un fármaco en el organismo con fines terapéuticos o diagnósticos por la vía y en las dosis y pautas posológicas adecuadas para conseguir la máxima eficacia con el mínimo riesgo.
2	Alergia	Al·lèrgia	Allergy	Allergie	No se aconseja practicar estudios de alergia en personas sin antecedentes alérgicos previos.	s.f. Reacción nociva y exagerada del sistema inmunitario de un individuo a una sustancia, que resulta inofensiva en iguales cantidades y condiciones para la mayoría de los miembros de su especie.
3	Analgesia	Analgèsia	Analgesia	Analgésie*	La anestesia loco-regional puede utilizarse conjuntamente con la anestesia general para proporcionar analgesia en el período postoperatorio.	s.f. Pérdida de la sensibilidad al dolor. En su variedad más pura se pueden conservar las otras modalidades sensitivas. Se puede deber a una alteración congénita de los receptores de la percepción y transmisión del dolor, a lesiones adquiridas tanto del sistema nervioso central como del periférico que interrumpen las fibras de la transmisión del dolor, o a la

³ *Este término no aparece en los CI.

						administración de fármacos (analgésicos), por vía locoregional o sistémica.
4	Anestesia general	Anestèsia general	General anaesthesia	Anesthésie générale	Durante la anestesia general usted permanecerá dormido por acción de los fármacos administrados.	Técnica anestésica que conduce a un estado reversible de inconsciencia que hace posible la realización de la cirugía sin dolor y en las mejores condiciones de relajación muscular. Se consigue mediante la administración de fármacos por vía intravenosa o por vía inhalatoria.
5	Anestesia local	Anestèsia local	Local anaesthesia	Anesthésie locale	Haciendo insensible la parte del cuerpo en la que se va a realizar la operación (anestesia local o regional).	Técnica de anestesia consistente en la inyección profunda, bajo la piel, de una solución de anestésico local que bloquea las terminaciones nerviosas periféricas localizadas en la zona.
6	Anestesia regional	Anestèsia locoregional	Regional anaesthesia	Anesthésie régionale	O haciendo insensible la parte del cuerpo en la que se va a realizar la operación (anestesia local o regional).	Cualquier técnica anestésica aplicada a una determinada región del cuerpo que consiste en conseguir, mediante la inyección de un anestésico local, un bloqueo temporal de la transmisión nerviosa sensitiva y, en ocasiones, motora con fines quirúrgicos o analgésicos.
7	Anestésico	Anestèsic	Anaesthetic	Anesthésique	El fármaco anestésico puede pasar a la circulación sanguínea y provocar	adj. Que produce o es capaz de producir anestesia.

					hipertensión arterial.	
8	Anestesiología	Anesthesiologia	Anaesthesiology	Anesthésiologie*	El médico especialista en anestesiología valorará mediante diferentes sistemas de vigilancia los requerimientos anestésicos.	s.f. Disciplina científica, rama de la medicina, que estudia los aspectos farmacológicos, fisiológicos y clínicos de la anestesia.
9	Ayuno	Dejuni	Fast*	Jeun	La forma de prevenir esta complicación es guardando ayuno durante unas horas antes de la intervención.	s.m. Abstinencia total o parcial de comida.
10	Catéter	Catèter	Catheter*	Cathéter	Y realice los procedimientos necesarios para su aplicación (como por ejemplo, la aplicación de un catéter venoso central).	s.m. Instrumento tubular de longitud y diámetro variables, generalmente flexible y a veces rígido o semirrígido, que se introduce a través de vías naturales o mediante punción en cavidades naturales o patológicas o en conductos del cuerpo y se usa con fines diagnósticos, tales como averiguar la localización de una lesión, medir las presiones existentes en las cámaras alcanzadas, tomar muestras para oximetría u otras determinaciones, o inyectar sustancias opacas a los rayos X para realizar, por ejemplo, un cateterismo cardíaco, o

						con fines terapéuticos, tales como drenar una cavidad, dilatar una estrechez o perfundir líquidos.
11	Coagulación	Coagulació*	Coagulation	Coagulation*	La posibilidad de daño neurológico permanente es muy baja y habitualmente en relación con trastornos de la coagulación o alteraciones anatómicas previas.	s.f. Acción o efecto de coagular o de coagularse.
12	Complicación	Complicació	Complication	Complication	En ocasiones, la anestesia loco-regional o la sedación, pueden precisar su conversión a anestesia general por dificultades en la técnica, complicaciones en la intervención, etc.	s.f. Alteración poco habitual en el curso de una enfermedad, que suele denotar un empeoramiento y surge de manera espontánea o tras una intervención diagnóstica o terapéutica. Puede manifestarse por signos y síntomas aislados o combinados, anomalías analíticas, segundos trastornos o enfermedades, u otro tipo de reacciones adversas.
13	Complicación respiratoria	Problema respiratori	Respiratory disorder*	Problème respiratoire*	Puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar complicaciones respiratorias graves.	s.f. Cambio, perturbación o daño en la forma o la función de un órgano o de una estructura anatómica.

14	Daño neurológico	Alteració neurològica	Neurological injury	Lésion nerveuse	La posibilidad de daño neurológico permanente es muy baja y habitualmente en relación con trastornos de la coagulación o alteraciones anatómicas previas.	Neurológico: adj. Del sistema nervioso o cualquiera de las estructuras que lo componen, o relacionado con ellas.
15	Depresión respiratoria	Depressió respiratòria	Respiratory suppression*	Dépression respiratoire*	Durante este período el paciente podrá presentar algunas molestias como: dolor en herida operatoria, desorientación, dolor de cabeza, dolor en el sitio de la punción (pinchazo), náuseas, vómitos, depresión respiratoria, baja de la presión arterial, arritmias, etc.	s.f. Disminución de la actividad vital en parte o en la totalidad de un órgano.
16	Dolor	Dolor	Pain	Douleur	La anestesia es un procedimiento que permite realizar una intervención quirúrgica o diagnóstica sin dolor.	s.m. Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial y vehiculada en muchos casos a través del sistema aferente nociceptivo. Considerada una señal universal de enfermedad, constituye el síntoma

						<p>más frecuente de consulta con el médico. La función del dolor es proteger el cuerpo y preservar la homeostasis. La cualidad, el curso temporal, la localización espontánea y durante la palpación proporcionan claves esenciales para el diagnóstico etiológico. El dolor suele clasificarse atendiendo a su cualidad (punzante, opresivo, lancinante, cólico, pulsátil, en cinturón, fulgurante), curso temporal (agudo, sordo, crónico), extensión (localizado, referido, irradiado), etiología (isquémico, psicógeno, neuropático), relación con fenómenos fisiológicos o patológicos (dolor de parto, de ovarios, menstrual, postoperatorio), y localización (abdominal, precordial, articular). El dolor, sobre todo el crónico y rebelde, provoca un repliegue de la persona sobre sí misma y genera un malestar referido a una parte del cuerpo y al conjunto del mismo en forma de sufrimiento.</p>
17	Efecto indeseable*	Reacció indesitjable	Adverse reaction	Effet indésirable*	Totes les donacions són analitzades amb tècniques de màxima precisió per detectar possibles malalties i	Cualquier efecto indeseado que se produce con las dosis habituales de un medicamento administrado con fines terapéuticos, profilácticos o diagnósticos.

					evitar reacciones indeseables.	
18	Efecto secundario*	Efecte secundari*	Side effect	Effet secondaire	Anesthetic common side effects, complications and risks include, but are not limited to: nausea and vomiting, adverse drug reaction ⁴	Cualquier efecto de un medicamento distinto de su efecto terapéutico principal.
19	Grave	Greu	Serious	Grave	Los riesgos graves de la anestesia, que pueden producir incluso la muerte, están muy relacionados con la edad, con las características propias de cada paciente.	adj. De mucha entidad, importancia, consideración o intensidad.
20	Hematoma	Hematoma*	Haematoma	Hématome	Los riesgos propios de estas técnicas son, toxicidad por el anestésico local, dolor en el sitio de inyección, hematomas, fracaso del bloqueo...	s.m. Colección circunscrita de sangre por extravasación y acumulación en un órgano, un tejido o una cavidad, debida a interrupción o rotura de la pared cardíaca, arterial, venosa o capilar. La gravedad depende de la cantidad de sangre extravasada, que debe valorarse, siempre que se sospeche hematoma intratorácico a

⁴ Excepción, contexto en inglés por interés terminológico.

						intraabdominal, por medio del valor del hematócrito y de la hemoglobina en sangre, y también por la compresión de órganos vitales, como en el caso del hematoma intracraneal.
21	Historia clínica*	Història clínica	Medical record	Dossier mèdical*	Un metge especialista en Anestesiologia, Reanimació i Tractament del Dolor que valora l'estat de salut i la història clínica del pacient.	Conjunto de datos ordenados y sistematizados de un paciente. Es el elemento fundamental para la actividad del médico y se estructura en varios apartados. La anamnesis es la elaboración técnica de los datos que el paciente proporciona sobre su enfermedad y registra los antecedentes patológicos personales y familiares y los hábitos potencialmente dañinos. Conviene hacer un interrogatorio específico por órganos y aparatos para subsanar olvidos u omisiones en el relato espontáneo del paciente. La exploración física debe ser completa aunque especialmente dirigida por los datos de la anamnesis. Una vez completada la historia clínica, el médico añade una conclusión diagnóstica provisional y un plan terapéutico y de seguimiento, actualizándola periódicamente con comentarios evolutivos.
22	Intervención	Intervenció	Operation	Intervention	La anestesia es el	s.f. = operación.

					procedimiento médico que permite realizar una intervención quirúrgica sin dolor.	s.f. Acto diagnóstico o terapéutico sobre el cuerpo vivo que ejecuta un cirujano de forma manual o instrumental, ya sea con intenciones curativas (por ejemplo, extirpación, reparación, implante o trasplante de un órgano, tejido o estructura anatómica, o reducción de una fractura o luxación) o con la finalidad de restablecer la morfología o la estética, mejorar la función de un órgano o sistema y, en definitiva, procurar una mejor salud y calidad de vida del enfermo.
23	Intervención quirúrgica	Intervención quirúrgica	Surgical operation	Intervention chirurgicale	La anestesia es un procedimiento que permite realizar una intervención quirúrgica o diagnóstica sin dolor.	s.f. = operación. s.f. Acto diagnóstico o terapéutico sobre el cuerpo vivo que ejecuta un cirujano de forma manual o instrumental, ya sea con intenciones curativas (por ejemplo, extirpación, reparación, implante o trasplante de un órgano, tejido o estructura anatómica, o reducción de una fractura o luxación) o con la finalidad de restablecer la morfología o la estética, mejorar la función de un órgano o sistema y, en definitiva, procurar una mejor salud y calidad de vida del enfermo.
24	Intravenosa*	Intravenosa	Intravenous	Intraveineuse	Administración de	adj. Aplicado a un medicamento: para

					fàrmacs anestèsics per via intravenosa ó d'inhalació, procurant la màxima seguretat, comoditat i vigilància durant l'acte quirúrgic.	administración por vía intravenosa.
25	Invasivo*	Invasiu	Invasive	Invasive	En intervencions llargues i complexes pot ser necessari realitzar un monitoratge invasiu (posar catèters dins de venes, arteries...).	adj. Aplicado a un método diagnóstico o terapéutico: que obliga a atravesar la piel o a penetrar en una cavidad orgánica.
26	Lesión ocular	Úlcera corneal	Corneal abrasion	Brûlure oculaire*	Lesiones oculares o nerviosas debidas a la postura en la mesa quirúrgica.	Ocular: adj. Del globo ocular o relacionado con él. Lesión: s.f. Alteración morfoestructural que los agentes patógenos, sean físicos, químicos o biológicos, causan en el organismo en cualquiera de sus niveles de organización: molecular, celular, tisular, anatómico, corporal o social.
27	Máscara laríngea	Màscara laríngia	Laryngeal mask	Masque laryngé	Es necessita col·locar un dispositiu (tub traqueal, màscara laríngia o un altre) a través de la boca o el nas, que arriba a la	Dispositivo orofaríngeo para el mantenimiento de la vía aérea y la ventilación sin necesidad de intubación orotraqueal. Consiste en un tubo cuyo extremo proximal se conecta al circuito anestésico y cuyo extremo distal termina en un botón

					faringe o la tràquea.	elíptico inflable. Se inserta fácilmente en la hipofaringe y una vez inflado se sitúa sellando la entrada de la laringe. Su inserción no precisa laringoscopia.
28	Medicamento Fármaco	Medicament Fàrmac	Drug	Médicament	Durante la anestesia general usted permanecerá dormido por acción de los fármacos administrados.	s.m. Sustancia o combinación de sustancias con propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o en animales, o que puede administrarse con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas, ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico.
29	Médico anestesiólogo	Metge anestesiòleg	Anaesthesiologist	Anesthésiste	Le recomendamos leer atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarle al médico anestesiólogo que le ayude, él estará bien dispuesto a satisfacer sus requerimientos.	s.m. y f. Especialista en anestesiología.
30	Médico anestesta	Metge anestesiòleg	Anaesthetist	Anesthésiste	Tanto el médico anestesta como el resto del equipo de salud estarán a cargo	s.m. y f. Persona encargada de administrar la anestesia durante una operación quirúrgica.

					de cuidar al paciente durante la anestesia	
31	Náuseas	Nàusees	Nausea	Nausées	Podrá presentar algunas molestias como: dolor en herida operatoria, desorientación, dolor de cabeza, dolor en el sitio de la punción (pinchazo), náuseas, etc.	s.f. Sensación desagradable que suele preceder al vómito y que se percibe como un malestar en el epigastrio y en el cuello. Se acompaña con frecuencia de arcadas.
32	Operación	Operació*	Operation	Opération	En caso de tratarse de una intervención quirúrgica, deberá interrumpir, sólo bajo prescripción médica, una semana antes de la operación o el tiempo que su médico le indique.	s.f. Acto diagnóstico o terapéutico sobre el cuerpo vivo que ejecuta un cirujano de forma manual o instrumental, ya sea con intenciones curativas (por ejemplo, extirpación, reparación, implante o trasplante de un órgano, tejido o estructura anatómica, o reducción de una fractura o luxación) o con la finalidad de restablecer la morfología o la estética, mejorar la función de un órgano o sistema y, en definitiva, procurar una mejor salud y calidad de vida del enfermo.
33	Paciente	Pacient	Patient	Patient	Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores	s.m. y f. Persona que recibe o va a recibir atención médica, ya sea por padecer una enfermedad o con fines preventivos.

					riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.	
34	Parálisis	Paràlisi*	Paralysis	Paralyisie	Trastornos de la sensibilidad con sensación de acorchamiento, hormigueo, y/o parálisis de los miembros anestesiados, generalmente pasajeros.	s.f. Privación del movimiento en una o más partes del cuerpo, por pérdida total de la capacidad de contracción en los músculos correspondientes.
35	Punción	Punció	Puncture	Ponction*	Hematoma, hemorragia o infección en la zona de punción.	s.f. Introducción de un instrumento puntiagudo o punzante, como una aguja o un trocar, en un tejido, en un órgano o en una cavidad del organismo con fines diagnósticos o terapéuticos.
36	Reacción adversa	Reacció adversa*	Adverse reaction	Effet indésirable*	Reacciones adversas y/o alérgicas a medicamentos imprevisibles.	Cualquier efecto indeseado que se produce con las dosis habituales de un medicamento administrado con fines terapéuticos, profilácticos o diagnósticos.
37	Reacción	Reacció	Allergy reaction	Réaction	Reacciones adversas	Hipersensibilidad.

	alérgica	al·lèrgica		allergique*	y/o alérgicas a medicamentos imprevisibles.	
38	Reanimación	Reanimació	Resuscitation*	Réanimation*	Servicio anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor.	Conjunto de medidas encaminadas al control y vigilancia de los pacientes tras la realización de una anestesia general o regional, con el objeto de prevenir las posibles complicaciones respiratorias, hemodinámicas y metabólicas en el postoperatorio inmediato, así como realizar un adecuado control del dolor.
39	Riesgo	Risc	Risk	Risque	Cualquier técnica anestésica conlleva riesgos. La probabilidad de una complicación, incluso de muerte, es muy escasa aunque no se puede descartar.	s.m. Situación determinada o condicionada por la presencia de eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente, que están relacionados con la aparición de una enfermedad o de un efecto indeseable y que pueden ser la causa de los mismos. Se considera como un factor etiológico o causal cuando una modificación en su frecuencia implica una modificación en la frecuencia de la enfermedad o el efecto.
40	Ronquera	Veu ronca Ronquera	Hoarseness*	Raucité de la voix	En las horas posteriores a la anestesia general pueden aparecer molestias de	s.f. Alteración del tono, del timbre y de la intensidad de la voz debida a una afección de la laringe. Su origen puede estar tanto en una enfermedad del propio órgano (inflamatoria,

					garganta, ronquera... generalmente transitorias, además de náuseas y/o vómitos, tiritona, temblor, dolores musculares, etc.	infecciosa, tumoral, funcional) como en un trastorno en la inervación de las cuerdas vocales por los nervios laríngeos debido a una anomalía del sistema nervioso central o periférico. La afonía es el grado máximo de este trastorno.
41	Sedación	Sedació	Sedation	Sédation	En consecuencia, doy mi Consentimiento para la realización de anestesia general, loco-regional o sedación.	s.f. Acción o efecto de sedar.
42	Suero*	Sèrum	Serum*	Sérum*	És necessari realitzar la punció d'una vena i la introducció d'un xicotet catèter (tubet de plàstic) per la qual s'administraran els sèrums i els fàrmacs necessaris segons la situació del pacient i el tipus de cirurgia previst.	s.m. = solución. s.f. Disolución hidroelectrolítica utilizada con fines terapéuticos, como la solución fisiológica o la solución glucosada.
43	Técnica	Tècnica	Technique	Technique	Las técnicas anestésicas actuales son en general muy seguras, pero no	s.f. Pericia o habilidad para utilizar los procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o una actividad especializada.

					están exentas de riesgos.	
44	Tensión arterial Presión arterial	Tensió arterial	Blood pressure*	Pression artérielle	Durante este período el paciente podrá presentar algunas molestias como: dolor en herida operatoria, desorientación, dolor de cabeza, dolor en el sitio de la punción (pinchazo), náuseas, vómitos, depresión respiratoria, baja de la presión arterial, arritmias, etc.	Presión o fuerza que ejerce contra la pared la sangre que circula por el sistema arterial. Se expresa en milímetros de mercurio (mm Hg) por encima de la presión barométrica o atmosférica, que se toma como presión 0. La presión arterial depende de la presión ejercida por la sangre expulsada por el ventrículo en cada sístole. Esto hace que el flujo en el sistema arterial sea pulsátil. En la acmé de la onda sistólica, se alcanza una presión máxima (presión sistólica), que va cayendo de forma paulatina hasta que se cierra la válvula aórtica o pulmonar, estabilizando la presión arterial (presión diastólica). Por tanto, la presión arterial se expresa en dos cifras, sistólica y diastólica, habitualmente separadas por un guion.
45	Tráquea	Tràquea	Trachea*	Trachée*	Es necesario introducir un tubo, a través, de la boca o nariz hasta la tráquea o sobre ella.	s.f. Unidad estructural y funcional de la vía respiratoria que sigue a la laringe y se continúa con los bronquios principales o extrapulmonares. Anatómicamente es

						<p>un conducto rígido que se extiende desde la altura de la sexta vértebra cervical hasta la altura del borde superior de la quinta vértebra dorsal. La pared está constituida por una túnica mucosa formada por un epitelio pseudoestratificado, con células ciliadas, caliciformes, madre basales y células neuroendocrinas de Kulchitsky, y un corion con fibras elásticas y glándulas seromucosas; una túnica media fibromusculocartilaginosa y una túnica adventicia formada por tejido conjuntivo laxo. La túnica media está formada por 16 a 20 anillos incompletos de cartílago hialino que ocupan, en forma de herradura, los dos tercios anterolaterales de la circunferencia traqueal. Los anillos se unen verticalmente por un tejido conjuntivo fibroelástico que se inserta en el pericondrio de los mismos. Una capa de células musculares lisas une dorsalmente los extremos posteriores de los anillos. La tráquea conduce el aire exterior a los pulmones y viceversa, además de depurarlo.</p>
46	Trasfusión de sangre	Transfusió de sang*	Blood transfusion	Transfusion sanguine / de	Pueden producirse hemorragias o	Administración, por vía intravenosa, de sangre o cualquiera de sus

				produits sanguins	trastornos de la coagulación, cuyo tratamiento más adecuado puede ser la transfusión de sangre o componentes sanguíneos y/o fármacos específicos.	componentes. Si el producto infundido procede del mismo individuo, se denomina autotransfusión, y transfusión alogénica cuando la procedencia es de otro individuo de la misma especie.
47	Tratamiento	Tractament	Treatment	Traitement	Pueden producirse hemorragias o trastornos de la coagulación, cuyo tratamiento más adecuado puede ser la transfusión de sangre o componentes sanguíneos y/o fármacos específicos.	s.m. Conjunto de medidas médicas, farmacológicas, quirúrgicas, físicas o de otro tipo encaminadas a curar o a aliviar las enfermedades.
48	Tubo	Tub	Tube*	Tube*	Es necesario introducir un tubo, a través, de la boca o nariz hasta la tráquea o sobre ella.	s.m. Instrumento, pieza u objeto huecos, por lo general de forma cilíndrica y abierto por ambos extremos.
49	Vena*	Vena	Vein	Veine*	Cal canalitzar una vena per la que s'administren els	s.f. [TA: vena] Cada uno de los vasos sanguíneos que transportan la sangre desde la red capilar al corazón o,

					<p>medicaments adequats que es calculen segons l'edat, pes, tipus de cirurgia i malalties que pugui tenir el pacient.</p>	<p>excepcionalmente, como sucede con el sistema venoso portal, de una red capilar a otra. Se distingue entre venas propiamente dichas y vénulas. Las venas, de paredes más delgadas que las arterias, poseen una gran capacidad de almacenamiento de la sangre, que circula por ellas a baja presión. Histológicamente, están básicamente constituidas por una túnica íntima endotelial, una túnica media de células musculares lisas y una túnica adventicia de tejido conjuntivo. La mayoría cuenta con válvulas que impiden el reflujo sanguíneo.</p>
50	Vómito	Vòmit	Vomiting	Vomissement	<p>Durante este período el paciente podrá presentar algunas molestias como: dolor en herida operatoria, desorientación, dolor de cabeza, dolor en el sitio de la punción (pinchazo), náuseas, vómitos, depresión respiratoria, baja de la presión arterial, arritmias, etc.</p>	<p>s.m. Acción de vomitar. El vómito constituye un acto reflejo integrado en el bulbo raquídeo, con componentes somáticos y viscerales perfectamente coordinados. Comienza con salivación, aumento de secreciones digestivas y, generalmente, náuseas; después se produce cierre de la glotis, suspensión de la respiración a media inspiración, contracción de los músculos de la pared abdominal y del diafragma, relajación del cardias y movimientos antiperistálticos gástricos para expulsar su contenido.</p>

						Se desencadena por la irritación de la mucosa de los tramos superiores del tubo digestivo a través de vías aferentes viscerales que discurren por nervios simpáticos y por el nervio vago hasta el centro del vómito en el bulbo, que también puede ser estimulado desde áreas corticales y subcorticales (olores, recuerdos, visiones, etc.) y por sustancias químicas (apomorfina, morfina, toxinas, productos endógenos, etc.) a través de los quimiorreceptores bulbares.
--	--	--	--	--	--	---

Tabla 5. Glosario de términos jurídicos

	Español	Català	English	Français	Contexto	Definición
1	Autorizar	Autoritzar*	Authorise Authorize	Autoriser	AUTORIZO EXPRESAMENTE a que en caso de ser necesario (supuestos excepcionales), y según requerimiento médico, el médico anestesista modifique el tipo de	tr. Dar o reconocer a alguien facultad o derecho para hacer algo.

					anestesia consentido.	
2	Consentimiento informado	Consentiment informat	Informed consent	Consentement éclairé	Consentimiento informado de anestesia general/ loco-regional/ sedación.	Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud, bien sea por un tratamiento u operación, por una exploración o prueba diagnóstica, o en el curso de un experimento clínico con medicamentos o productos sanitarios. En caso de incapacidad o minoría de edad del paciente, pueden otorgar el consentimiento informado sus familiares más cercanos, representantes legales o tutores.
3	Declaración	Declaració	Declaration	Déclaration*	DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A rellenar de puño y letra por el paciente o su representante legal).	Manifestación formal que realiza una persona con efectos jurídicos, especialmente la que hacen las partes, testigos o peritos en un proceso.
4	Firma	Firma	Signature	Signature	Firma del representante legal (familiar, tutor, etc.).	f. Nombre y apellido, o título, que una persona escribe de su propia mano en un documento, para darle autenticidad o para expresar que aprueba su contenido.

5	Formulario	Formulari*	Form	Formulaire	FECHA ENTREGA FORMULARIO: _/_/____	s.m. Impreso con espacios en blanco que hay que rellenar.
6	Incapacidad	Incapacitat	Disability*	Incapacité	Nombre y DNI del representante legal en caso de incapacidad del paciente.	f. Estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral.
7	Menor de edad* Minoría de edad	Minoria d'edat	Mature minor	Mineur*	Per minoria d'edat o incapacitat.	loc. adj. Dicho de una persona: Que todavía se halla en la menor edad. U. t. c. loc. sust.
8	Reclamación*	Reclamació	Complaint*	Réclamation*	Sé que sempre puc canviar la meva decisió que ara prenc i negar-me al procediment, així com que la signatura d'aquest document no suposa renunciar a possibles futures reclamacions.	f. Oposición o contradicción que se hace a algo como injusto, o mostrando no consentir en ello.
9	Renunciar*	Renunciar	To renounce	Renoncer	La signatura d'aquest document no suposa renunciar a possibles futures reclamacions.	tr. Hacer dejación voluntaria, dimisión o apartamiento de algo que se tiene, o se puede tener.
10	Representante legal	Representant legal	Responsible party	Représentant légal	DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A rellenar de puño y letra por el paciente o	s.m. y f. Persona en la que un paciente actual o potencial delega la capacidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida, cuando

					su representante legal).	él se halle en condiciones tales que le impidan tomarlas por sí mismo. El nombramiento de representantes suele constituir una parte de los documentos de instrucciones previas, vulgarmente conocidos como testamentos vitales.
11	Revocación	Revocació	Withdrawal*	Révocation*	Entiendo que en caso que mi revocación se produzca una vez iniciada la intervención, ésta podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica y que serán de mi cargo los gastos en que se haya incurrido.	f. Acto jurídico que deja sin efecto otro anterior por la voluntad del otorgante.
12	Revocar (consentimiento)	Revocar	Withdraw	Révoquer*	DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.	tr. Dejar sin efecto una concesión, un mandato o una resolución.
13	Tutor	Tutor*	Legal guardian	Tuteur légal*	Nombre y DNI del representante legal (en caso de incapacidad del	m. y f. Persona que ejerce la tutela.

					paciente (familiar, tutor, etc.).	
--	--	--	--	--	--------------------------------------	--

Anexo 3: Corpus de consentimientos informados

- **T1. Clínic Barcelona. Hospital Universitari**



INFORMACIÓ DEL CONSENTIMENT INFORMAT PER L'ACTE ANESTÈSIC

L'anestèsia és un procediment mèdic que permet la realització d'una intervenció quirúrgica o exploració diagnòstica dolorosa/molesta administrant medicaments amb la màxima seguretat i confort per al pacient sota la vigilància del metge anestesiològ durant tot el procediment. L'acte anestèsic consta de tres fases ben diferenciades: preoperatori, intraoperatori i postoperatori.

L'anestesiòleg és un metge especialista en Anestesiologia, Reanimació i Tractament del Dolor que valora l'estat de salut i la història clínica del pacient, per aconseguir les millors condicions abans de la intervenció. Durant la intervenció proporciona al pacient l'anestèsia més adequada i vetlla constantment per la seva seguretat i benestar detectant la majoria de problemes que puguin presentar-se i actuant en conseqüència per minimitzar les seqüeles. En finalitzar la cirurgia controla també el període postoperatori immediat fins el trasllat a la sala d'hospitalització.

Risc durant l'anestèsia i la intervenció quirúrgica

Actualment l'anestèsia és molt segura. Però com en qualsevol acte mèdic, poden existir complicacions que l'anestesiòleg està preparat per resoldre. Els riscos que es poden presentar són de dos tipus:

Risc quirúrgic: És aquell associat al tipus d'intervenció. D'aquest n'informa amb detall el cirurgià ja que depèn de la complexitat/dificultat de la tècnica quirúrgica en cada cas.

El pacient ha d'estar immòbil durant tot el procediment, que en alguns casos pot durar varies hores, i algunes vegades hi poden haver complicacions degudes a la posició tot i prenent totes les mesures per evitar-ho.

El risc anestèsic: Està molt directament relacionat amb l'estat de salut previ a la intervenció i augmenta si la cirurgia és urgent, podent presentar-se diverses complicacions des de molèsties lleus fins a complicacions importants.

En general, els riscos associats a l'anestèsia depenen més de les condicions físiques del malalt i de la complexitat de la intervenció que no de l'acte anestèsic en si mateix.

Les descompensacions de malalties prèvies com bronquitis, problemes cardíacs, diabetis o hipertensió entre d'altres, poden arribar a ser greus especialment si s'associen a anèmia, obesitat o edat avançada, i per això convé optimitzar l'estat general abans de ser operat.

Cal tenir en compte que tot acte quirúrgic comporta complicacions comunes i potencialment greus que poden requerir l'aplicació de tractaments complementaris.

L'administració de sèrum o medicaments pot produir de forma excepcional reaccions al·lèrgiques que poden ser greus, però la realització de proves d'al·lèrgia es desaconsella en pacients sense història prèvia de reaccions adverses als medicaments, ja que no estan lliures de riscos.

En alguns casos pot ser necessari administrar sang o derivats, sempre procedents de donants sans. Totes les donacions són analitzades amb tècniques de màxima precisió per detectar possibles malalties i evitar reaccions indesitjables.

En intervencions llargues i complexes pot ser necessari realitzar un monitoratge invasiu (posar catèters dins de venes, arteries....) per tal d'aconseguir un control més precís de la situació del pacient. Aquestes tècniques poden produir algunes vegades lesions en els vasos sanguinis.

Durant l'anestèsia es poden produir alteracions cardíacques, respiratòries, metabòliques i neurològiques, generalment reversibles. L'aparició de complicacions molt greus com el coma o la mort és molt poc freqüent actualment i ocorre en 1 de cada 15.000 intervencions.

Anestèsia local

Es sol utilitzar per petites intervencions, i consisteix en la injecció d'un anestèsic en la zona a operar. El metge anestesiològ hi participa quan s'acompanya de sedació farmacològica.

Anestèsia general

L'anestèsia general proporciona al pacient un estat reversible de pèrdua de consciència, analgèsia i relaxació muscular. Cal canalitzar una vena per la que s'administren els medicaments adequats que es calculen segons l'edat, pes, tipus de cirurgia i malalties que pugui tenir el pacient.

Uns elèctrodes col·locats al pit permeten controlar el ritme cardíac i es controla també la pressió arterial. A més, es col·loca un dispositiu en un dit que permet conèixer la oxigenació de la sang durant la intervenció.

Els fàrmacs anestèsics deprimeixen la respiració i sovint cal introduir un tub per la boca o pel nas fins la tràquea (prop dels pulmons) i connectar-lo amb un aparell que manté la respiració del pacient mentre és operat.

Ocasionalment poden sorgir molèsties lleus tals com mal de coll, tos, veu ronca, nàusees o vòmits, així com dolors musculars, úlceres corneals i flebitis en el lloc de la punció. L'anestesiòleg s'encarrega de prendre les mesures necessàries per disminuir al màxim l'aparició d'aquestes molèsties.

La introducció del tub pot produir lesions a les dents. Encara que vostè estigui en dejú, pot passar part del contingut de l'estómac als pulmons i produir alteracions respiratòries greus com una pneumònia. Aquesta complicació és greu però poc freqüent.

Les intervencions més doloroses poden precisar la col·locació de catèters que permeten administrar analgèsics en el postoperatori. La vigilància d'aquest catèters i la dosificació dels medicaments depèn de l'anestesiòleg.

Anestèsia locoregional

L'anestèsia locoregional pretén eliminar el dolor de la zona que s'ha d'operar, injectant l'anestèsic a prop de l'arrel nerviosa corresponent. Aquesta tècnica pot ser intradural, epidural, de l'extremitat superior o inferior, i es pot realitzar amb catèter o amb una dosi única d'anestèsic.

Durant la cirurgia, per la vena que s'ha canalitzat inicialment, s'administrarà un medicament (si no hi ha contraindicacions) que el tranquil·litzarà i li proporcionarà confort durant la intervenció.

No sempre es possible aconseguir l'anestèsia regional completa, sent precís en aquests casos fer una anestèsia general.

L'anestèsia locoregional es un acte anestèsic per el qual calen les mateixes precaucions que per l'anestèsia general.

Excepcionalment, l'anestèsic pot passar a la sang o afectar estructures nervioses i produir efectes similars a l'anestèsia general. Això es pot acompanyar de complicacions greus com aritmies, descens de la tensió arterial o convulsions. Totes aquestes complicacions són diagnosticades i tractades per l'anestesiòleg responsable del procediment.

També poden sorgir complicacions menors com mal de cap, d'esquena o formigueig en el territori anestesià que marxen dies després, així com hematomes a la zona on s'ha aplicat l'anestèsia local. També pot produir-se retenció de l'orina. Excepcionalment poden produir-se lesions nervioses prolongades.

Sedació farmacològica

És utilitzada per realitzar exploracions diverses (TAC, RM, PET, endoscòpies...). Pretén proporcionar al pacient un estat d'equilibri entre la comoditat i la seguretat, mantenint les funcions respiratòries, cardiovasculars i els reflexos intactes. L'objectiu és mantenir al pacient tranquil, còmode, comunicatiu si cal, o adormit.

S'administren medicaments per via endovenosa, calculats de manera similar a com es fa per a una anestèsia general, individualitzant-se cada cas i procediment. La preparació del pacient i la vigilància també s'assemblen a les d'una anestèsia general.

Entre les complicacions d'aquest procediment, hi ha la possibilitat que la sedació conscient passi a inconscient (anestèsia general). Pot produir-se una sedació excessiva amb hipotensió i/o depressió respiratòria, que fins i tot pot comportar els mateixos riscos que l'anestèsia general. Les àrees on es realitzen aquests procediments estan equipades com els quiròfans.

CONSENTIMENT INFORMAT PER A PROCEDIMENTS ANESTÈSICS

El Dr./Dra.m'informa
que per a la intervenció quirúrgica de

.....
procedeix, després d'haver valorat la meva història clínica i proves complementàries,
aplicar una anestèsia

Se m'ha explicat i he entès la informació sobre les complicacions previsibles *en el meu cas concret*, que consisteixen en:

.....
....., així com la possibilitat
de *modificació de la tècnica anestèsica* prevista si sorgís una situació inesperada.

Se m'han aclarit tots els dubtes sorgits després de llegir/veure la informació prèvia a aquesta entrevista.

Estic informat de que l'Hospital Clínic està perfectament equipat amb mitjans humans, tècnics i materials per diagnosticar i tractar totes les complicacions que puguin sorgir en el curs d'un procediment diagnòstic o quirúrgic.

Sé que sempre puc canviar la meva decisió que ara prenc i negar-me al procediment, així com que la signatura d'aquest document no suposa renunciar a possibles futures reclamacions.

Amb tot això dono el meu consentiment per al procediment indicat amb la limitació de.....

Barcelona, a de de

Firma metge anestesiològ

Firma pacient o representant
(per minoria d'edat o incapacitat)

Dr.
Nº Col·legiat.....

Sr. / Sra.
Parentiu

• T2. Generalitat Valenciana. Agència Valenciana de Salut



1. Identificació i descripció del procediment

L'anestèsia general consisteix a proporcionar al pacient un estat reversible de pèrdua de la consciència, d'analgesia i relaxació muscular. Per a aconseguir-ho, és necessari realitzar la punció d'una vena i la introducció d'un xicotet catèter (tubet de plàstic) per la qual s'administraran els sèrums i els fàrmacs necessaris segons la situació del pacient i el tipus de cirurgia previst.

Durant l'anestèsia general, a l'estar adormit i relaxat, és necessari mantindre la respiració de forma artificial. Amb esta finalitat, es necessita col·locar un dispositiu (tub traqueal, màscara laríngia o un altre) a través de la boca o el nas, que arriba a la faringe o la tràquea. Este dispositiu es connecta a un aparell de respiració artificial la funció del qual és la de mantindre la respiració.

El metge anestesiològ és l'encarregat de realitzar i controlar tot el procés de l'anestèsia general de principi a fi, i també de tractar totes les possibles complicacions que hi puguem sorgir.

Per mitjà de diferents mètodes clínics i aparells, es controlen i es vigilen les funcions vitals, cardíaca, respiratòria, cerebral i altres. Amb això es manté una vigilància permanent durant tot l'acte anestèsic i s'aconsegueix la màxima seguretat.

2. Objectiu del procediment i beneficis que s'esperen aconseguir

El propòsit de l'anestèsia general és permetre que el pacient siga operat sense patir dolor, per mitjà de l'administració de fàrmacs anestèsics per via intravenosa ó d'inhalació, procurant la màxima seguretat, comoditat i vigilància durant l'acte quirúrgic.

3. Alternatives raonables a este procediment

4. Conseqüències previsibles de la realització

Les conseqüències previsibles de la realització són

5. Conseqüències previsibles de la no-realització

Si no es realitza el procediment, podria ocórrer

6. Riscos

A banda del risc de la intervenció quirúrgica, del qual l'informarà el metge cirurgià, l'administració de l'anestèsia, com ocorre en tot procediment mèdic, comporta una sèrie de riscos, que són acceptats d'acord amb l'experiència i l'estat actual de la ciència mèdica, i que enumerem a continuació:

- Punció accidental de l'artèria. Punxades repetides per dificultat en la introducció del catèter venós, que podrien condicionar l'eixida de la vena dels diferents fàrmacs utilitzats en l'anestèsia i provocar des d'un simple enrogiment fins a problemes circulatoris locals.
- En algunes ocasions, la introducció del tub traqueal (o qualsevol altre dispositiu) en la tràquea o en la faringe pot comportar gran dificultat, i donar lloc a la ruptura de peces dentals i a lesions en les mucoses de la zona.
- Durant la col·locació del tub traqueal (o qualsevol altre dispositiu), pot passar al pulmó part del contingut de l'estómac, i ocasionar problemes respiratoris que poden arribar a ser importants. És una complicació greu però poc freqüent. Una forma de previndre esta complicació és guardar dejuni absolut almenys des de 6 hores abans de la intervenció.
- L'administració de sèrums que siguen imprescindibles durant l'anestèsia pot produir, excepcionalment, reaccions al·lèrgiques, que poden arribar a ser greus. Està desaconsellada

la pràctica sistemàtica de proves al·lèrgiques als fàrmacs que es poden utilitzar durant l'anestèsia. Estes proves no estan lliures de riscos i, a més, fins i tot un resultat negatiu, no significa que no puguin produir reaccions adverses quan les fem durant l'anestèsia.

- Després de l'anestèsia general, poden aparèixer diferents símptomes, com descens de la tensió arterial, augment de les pulsacions, tos, depressió o dificultat respiratòria, agitació, retard en la recuperació de la consciència, mareig, nàusees, vòmits, ronquera, tremolors, que en general són considerades com a molèsties, que arriben, en molt pocs casos, a ser complicacions.

7. Riscos en funció de la situació clínica del pacient

Tot acte quirúrgic porta implícites una sèrie de complicacions comunes i potencialment serioses que podrien requerir tractaments complementaris, tant mèdics com quirúrgics. Segons la situació vital del pacient (situacions com ara diabetis, cardiopatia, hipertensió, anèmia, edat avançada, obesitat), pot augmentar el risc anestèsic o poden aparèixer complicacions com

.....
.....
.....

Declaració de consentiment

Nom i cognoms
Edat
Domicili
DNI SIP

Nom i cognoms
Edat
Domicili
En qualitat de (representant legal, familiar o acostat del/de la pacient), amb DNI

Declare:

Que el/la doctor/a m'ha explicat que és convenient/necessari, en la meua situació, la realització de

i que he comprés adequadament la informació que m'ha donat.

En a d de 2

Firmat: DNI

Firmat: Dr/a DNI

Col·legiat

Revocació del consentiment

Revoque el consentiment donat en data d de 2, i no vull prosseguir el tractament, que considere finalitzat.

En a d de 2

Firmat: el/la metge/essa

Firmat: el/la pacient

Col·legiat



• **T3. Salud Madrid. Hospital Universitario La Princesa**



SERVICIO ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Nº historia:
Nombre:
1º Apellido:
2º Apellido:
Fecha Nacimiento:
Sexo (V/M):

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA GENERAL / LOCO-REGIONAL / SEDACIÓN

Nombre del médico que informa:..... Nº Col./CIAS..... Fecha:.....

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La anestesia es un procedimiento que permite realizar una intervención quirúrgica o diagnóstica sin dolor. Durante la **anestesia general** usted permanecerá dormido por acción de los fármacos administrados, siendo necesario mantener la respiración mediante una mascarilla o un tubo endotraqueal conectados a un respirador. Durante la **anestesia loco-regional** se administra el fármaco anestésico en la zona en la que se va a intervenir o en lugares próximos a nervios raquídeos, axilares, etc., dependiendo de la región que se quiera anestésicar. La anestesia loco-regional puede utilizarse conjuntamente con la anestesia general para proporcionar analgesia en el período postoperatorio. La **sedación** se emplea para disminuir la ansiedad y el dolor durante intervenciones quirúrgicas realizadas con anestesia loco-regional o durante procedimientos diagnósticos (endoscopias, radiología etc.).

En ocasiones, la anestesia loco-regional o la sedación, pueden precisar su conversión a anestesia general por dificultades en la técnica, complicaciones en la intervención, etc.

Durante el tiempo que dure la intervención, sea cual sea el tipo de anestesia utilizada, el médico especialista en anestesiología valorará mediante diferentes sistemas de vigilancia los requerimientos anestésicos y controlará la respuesta a los fármacos administrados y a la intervención quirúrgica.

Durante el periodo perioperatorio, pueden producirse hemorragias o trastornos de la coagulación, cuyo tratamiento más adecuado puede ser la transfusión de sangre o componentes sanguíneos y/o fármacos específicos. Las transfusiones conllevan un riesgo de complicaciones, que con las medidas de control actuales del Banco de Sangre, es mínimo.

El consentimiento de la intervención quirúrgica implica la aceptación de una posible transfusión, si el equipo médico lo considera indicado. En caso contrario, debe usted hacérselo saber.

RIESGOS TÍPICOS DEL PROCEDIMIENTO

Cualquier técnica anestésica conlleva riesgos. La probabilidad de una complicación, incluso de muerte, es muy escasa aunque no se puede descartar.

Riesgos más típicos asociados a cualquier tipo de procedimiento anestésico, incluyen:

- Complicaciones cardíacas (alteraciones del ritmo cardíaco, infarto de miocardio, parada cardíaca, etc.); respiratorias (obstrucción de la vía aérea, insuficiencia respiratoria, neumonía, neumotórax, etc.); renales; hepáticas.... Aunque todas ellas son más probables en pacientes con afectación previa de dichos órganos, no se excluyen en personas sanas y en relación con el tipo de intervención quirúrgica a realizar
- Reacciones alérgicas a los fármacos o fluidos administrados. Estas reacciones, aunque muy infrecuentes, pueden llegar a ser muy graves. Siguiendo las recomendaciones de instituciones sanitarias y de las Sociedades de Anestesiología-Reanimación y de Alergología e Inmunología, no se aconseja practicar estudios de alergia en personas sin antecedentes alérgicos previos.
- Náuseas, vómitos y/o dificultad para orinar en el período postoperatorio inmediato
- Lesiones oculares o nerviosas debidas a la postura en la mesa quirúrgica.
- Quemaduras cutáneas por la utilización de instrumentación eléctrica.
- Flebitis asociadas al catéter venoso.

Riesgos específicos de la anestesia general:

- En ocasiones, la introducción del tubo en la vía respiratoria puede entrañar dificultades y provocar rotura, movilización o extracción accidental de piezas dentarias. Igualmente, durante la inserción del tubo, puede pasar al pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar complicaciones respiratorias graves. La forma de prevenir esta complicación es guardando ayuno durante unas horas antes de la intervención.
- En las horas posteriores a la anestesia general pueden aparecer molestias de garganta, ronquera... generalmente transitorias, además de náuseas y/o vómitos, tiritona, temblor, dolores musculares, etc.

Riesgos específicos de la anestesia loco-regional.

- Dolor de cabeza, dolor de espalda tras punciones raquídeas.
- Meningitis, tras punciones raquídeas.
- Hematoma, hemorragia o infección en la zona de punción.
- Trastornos de la sensibilidad con sensación de acorchamiento, hormigueo, y/o parálisis de los miembros anestesiados, generalmente pasajeros. La posibilidad de daño neurológico permanente es muy baja y habitualmente en relación con trastornos de la coagulación o alteraciones anatómicas previas.
- En ocasiones excepcionales, el fármaco anestésico puede pasar a la circulación sanguínea y provocar hipotensión arterial, convulsiones... pudiendo llegar a parada cardíaco-respiratoria.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos citados, por las características individuales de su proceso, en su caso pueden presentarse complicaciones como:

.....
.....
.....

CONSENTIMIENTO

D/Dña.....
Declaro que he sido informado de los riesgos de la **anestesia general / loco-regional / sedación** y que me han explicado las posibles alternativas. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado las dudas planteadas.
En consecuencia, doy mi Consentimiento para la realización de **anestesia general, loco-regional o sedación.**

Firma del paciente

Firma del médico

.....

.....

Nombre y DNI del representante legal en caso de incapacidad del paciente (familiar, tutor, etc.)

Firma del representante legal (familiar, tutor, etc.)

.....

REVOCACIÓN

Revoco el consentimiento y **RECHAZO** la **anestesia general / loco-regional / sedación.**

Firma del paciente o su representante legal, y DNI

Firma del médico.

.....

.....

- **T4. Chile. Clínica Vespucio**

CLÍNICA VESPUCIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE ANESTESIA

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre Paciente: _____

La realización del procedimiento/intervención que se le ha propuesto y al que usted ha aceptado someterse, como se le informara, requiere el uso de anestesia.

En este documento usted encontrará información sobre los tipos de anestesia y sus usos. Le recomendamos leer atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarle al médico anestesiólogo que le ayude, él estará bien dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Si el paciente es un niño(a), por favor solicite ANEXO con información sobre anestesia pediátrica.

INFORMACIÓN GENERAL

La anestesia es el procedimiento médico que permite realizar una intervención quirúrgica sin dolor. La anestesia puede realizarse durmiendo al paciente (anestesia general) o haciendo insensible la parte del cuerpo en la que se va a realizar la operación (anestesia local o regional). En algunas ocasiones, después de practicar una anestesia local o regional se tiene que pasar a anestesia general, por resultar la primera insuficiente.

El médico anestesista es el encargado de indicar el tipo de anestesia adecuada para el caso, dependiendo de la intervención o procedimiento que se va a realizar y las condiciones de salud del paciente.

Las técnicas anestésicas actuales son en general muy seguras, pero no están exentas de riesgos, algunos comunes a todos los tipos de anestesia y otros propios de cada técnica. Entre, los comunes, está el paso de contenido del estómago a los pulmones (razón por la que es fundamental el ayuno); secuelas neurológicas; reacciones adversas y/o alérgicas a medicamentos imprevisibles.

Los riesgos graves de la anestesia, que pueden producir incluso la muerte, están muy relacionados con la edad, con las características propias de cada paciente, con el tipo, complejidad y duración del procedimiento/intervención, por lo que es muy importante que el paciente (o sus familiares) informe previamente de las enfermedades que tenga o haya tenido; cirugías previas; medicamentos que toma; alergias; alteraciones de la coagulación; uso de prótesis; marcapasos; consumo de drogas; tabaco; alcohol y cualquier otra circunstancia que afecte su estado de salud, y por consiguiente, aumente los riesgos de la anestesia.

Es su responsabilidad entregar oportuna y correctamente esta información.

Una vez finalizada la cirugía el paciente será trasladado a la Unidad de Recuperación, donde será vigilado y monitorizado hasta estar en condiciones de ser trasladado a su pieza o su domicilio.

Durante este período el paciente podrá presentar algunas molestias como: dolor en herida operatoria, desorientación, dolor de cabeza, dolor en el sitio de la punción (pinchazo), náuseas, vómitos, depresión respiratoria, baja de la presión arterial, arritmias, etc. Para todas estas molestias existen protocolos de manejo (tratamiento), los que no siempre logran suprimirlas completamente.

Tanto el médico anestesista como el resto del equipo de salud estarán a cargo de cuidar al paciente durante la anestesia, para lo cual contarán con una serie de equipos de monitorización (seguimiento) cuya complejidad variará de acuerdo a su estado de salud y tipo de cirugía.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

1/3

CLÍNICA VESPUCIO

En caso de tratarse de un procedimiento/intervención ambulatoria y dado que después de la anestesia (en cualquiera de sus formas) el paciente despertará desorientado o tendrá dificultad para coordinar movimientos, constituye un riesgo importante el que éste se retire solo de la Clínica. Deberá ser acompañado por un familiar y ser trasladado en silla de ruedas hasta el vehículo que lo transportará hasta su casa. Al paciente, le queda absolutamente prohibido manejar cualquier tipo de vehículo, hasta 24 horas después de terminada la intervención/procedimiento, siempre que no exista otra contraindicación médica. Lo mismo, no es aconsejable que tome decisiones importantes durante este período.

RECOMENDACIONES PREVIAS

- Guardar ayuno (no ingerir ningún tipo de alimento o líquido) desde ocho horas, o por el tiempo que su médico le indique, antes de la intervención o procedimiento. El incumplimiento de esta norma puede suponer la suspensión de la intervención o procedimiento, y de no ser informada un grave riesgo para su salud.
- Mantener cualquier medicación que esté tomando de manera habitual (por ejemplo, sus pastillas para la hipertensión) salvo orden médica expresa de que haga otra cosa. El día de la intervención o procedimiento puede tomarlas con un sorbo de agua sin romper con eso el ayuno.
- En caso de tratarse de una intervención quirúrgica, deberá interrumpir, sólo bajo prescripción médica, una semana antes de la operación o el tiempo que su médico le indique, los medicamentos que afectan a la coagulación de la sangre (por ejemplo Aspirina, Adiro, Asasantin, Tromalyt, Tiklid, Persantin, Disgren, etc.) Al respecto, recuerde consultar con su médico tratante con la debida anticipación.
- Si usted fuma, debe intentar interrumpir su hábito, en forma previa a la cirugía. Cuanto antes mejor.

TIPOS DE ANESTESIA

Anestesia general

Hay pérdida total de conciencia durante la cirugía. Es necesario introducir un tubo, a través, de la boca o nariz hasta la tráquea o sobre ella. Excepcionalmente, se puede producir pérdida de piezas dentarias, dolor de garganta, imposibilidad de pasar el tubo a la tráquea, disminución de oxígeno en la sangre y en último término daño neurológico.

Anestesia regional

Es la inyección de anestésicos en uno o un grupo de nervios para insensibilizar una parte del cuerpo. Se puede asociar a sedantes para mantenerlo tranquilo o dormido durante la cirugía. También se pueden usar técnicas regionales asociadas a la anestesia general para el manejo del dolor post operatorio. Los riesgos propios de estas técnicas son, toxicidad por el anestésico local, dolor en el sitio de inyección, hematomas, fracaso del bloqueo, cefalea y daño neurológico transitorio o permanente.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto por el uso de anestesia varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el uso de anestesia y anexo (en caso de anestesia pediátrica), y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

2/3

CLÍNICA VESPUCIO

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto. Entiendo que en caso que mi revocación se produzca una vez iniciada la intervención, ésta podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica y que serán de mi cargo los gastos en que se haya incurrido.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE PARA PRACTICARME LA INTERVENCIÓN O PROCEDIMIENTO PREVIAMENTE AUTORIZADO SE ME APLIQUE _____, por el Dr. (a) _____. Asimismo, **AUTORIZO EXPRESAMENTE** a que en caso de ser necesario (supuestos excepcionales), y según requerimiento médico, el médico anestesista modifique el tipo de anestesia consentido, y realice los procedimientos necesarios para su aplicación (como por ejemplo, la aplicación de un catéter venoso central)

Fecha de Obtención de Consentimiento	
Fecha de realización del Procedimiento	
Procedimiento o Intervención Quirúrgica	
Nombre, R.U.T. y Firma Médico	
Nombre, R.U.T. y Firma Paciente/ Representante Legal	

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza Procedimiento)

- **T5. Montreaux (Suiza). Hôpital Riviera**

Service d'anesthésiologie
Hôpital Riviera
Site de Montreaux
25, Av. de Belmont
CH-1820 Montreaux
021/977.58.45

Médecins-chefs

Dresse C. Lebrun
Dresse J. Moreillon
Dr M.-E. Corthésy
Dr A. Etienne
Dr J. Maurer
Dr P. Saegesser
Dr F. Ventura



Information au patient, recommandations et consentement éclairé

Chère patiente, cher patient,

Une opération a été programmée avec votre chirurgien et la présente lettre a pour but de vous y préparer au mieux (ou celle de votre enfant). Par ces quelques lignes, nous souhaitons vous fournir les informations générales sur les techniques d'anesthésie utilisées, sur les risques qui peuvent y être liés, ainsi que sur les recommandations à suivre avant et après l'opération afin que vous puissiez y consentir de manière éclairée (comme le prévoit la loi). Dans un second temps, vous serez reçu(e) par votre médecin anesthésiste, entretien durant lequel vous pourrez poser les questions que vous souhaitez et choisir avec votre médecin la méthode d'anesthésie la mieux adaptée à votre situation.

Marche à suivre pour la prise de rendez-vous

Après la consultation avec votre chirurgien, prenez un rendez-vous avec votre médecin généraliste le plus tôt possible pour effectuer un bilan de santé en vue de votre opération (bilan préopératoire).

Une fois la date de ce premier rendez-vous connue, prenez contact avec la centrale d'anesthésie au numéro de tél. 021/977 58 45 afin de fixer une consultation avec le médecin anesthésiste. Au cours de cette consultation, le médecin anesthésiste vous examinera et vous expliquera les avantages et les risques liés aux différents types d'anesthésie. A cette occasion, vous pourrez poser toutes les questions que vous souhaitez et nous vous encourageons à les noter au bas de cette feuille.

Ne pas oublier de prendre avec vous le questionnaire jaune ci-joint que vous aurez auparavant rempli.

Vous choisirez avec l'anesthésiste la technique d'anesthésie la mieux appropriée à votre situation.

Après avoir été renseigné, par le biais de la présente information écrite et de l'entretien oral avec votre médecin anesthésiste, vous lui remettrez le formulaire "consentement éclairé" ci-dessous signé.

Lors d'une opération, une anesthésie est nécessaire pour éviter les douleurs et pour que l'intervention se déroule le mieux possible. Plusieurs techniques permettent d'endormir le patient ou une partie localisée du corps.

Les principales techniques anesthésiques utilisées

L'anesthésie générale

Le patient est complètement endormi à l'aide de médicaments et l'anesthésiste surveille, contrôle ou remplace les fonctions vitales si nécessaire.

L'anesthésie loco-régionale

L'anesthésie n'agit que sur la partie du corps concernée par l'opération. Pendant l'intervention, le patient peut selon son choix dormir superficiellement à l'aide d'un calmant ou rester éveillé et écouter de la musique par exemple.

Il existe notamment deux types d'anesthésie loco-régionale :

- *L'anesthésie par bloc central* (la rachi anesthésie ou anesthésie péridurale) : cette technique permet d'insensibiliser tout le bas du corps ou une partie du tronc par une injection du produit anesthésique au bas de la colonne vertébrale. Le patient ressent d'abord une impression de chaleur dans la zone endormie, puis elle devient totalement insensible et le patient ne peut plus bouger la partie concernée durant le temps d'action de l'anesthésie.
- *L'anesthésie tronculaire* : il s'agit d'endormir un nerf ou un groupe de nerfs. La localisation des nerfs à anesthésier se fait, en général, à l'aide d'un stimulateur électrique qui provoque par de faibles impulsions des contractions involontaires des muscles de la région à anesthésier, ce qui n'est pas douloureux. Si, en cours d'intervention, l'anesthésie locale s'avère insuffisante, l'anesthésiste peut vous injecter des médicaments complémentaires pour éliminer la douleur ou pratiquer une anesthésie générale.
- *L'anesthésie combinée* : généralement utilisée lors d'interventions majeures ou de certaines opérations pratiquées sur des enfants, elle associe l'anesthésie loco-régionale à une anesthésie générale. La combinaison de ces deux techniques permet d'améliorer le traitement de la douleur post-opératoire.

Quelle que soit la technique choisie, le jour de l'opération vous recevrez un médicament pour vous détendre avant d'être amené(e) au bloc opératoire. Vous serez ensuite positionné(e) sur la table d'opération et un monitoring permettant de surveiller la pression artérielle, le taux d'oxygène dans le sang et l'électrocardiogramme sera mis en place. Dans tous les cas, une perfusion sera également posée.

Les principaux risques

Les méthodes utilisées actuellement en anesthésie sont fiables et les risques liés strictement à celle-ci sont extrêmement faibles. Des risques particuliers peuvent exister en lien avec votre état de santé et l'opération que vous allez subir. Lors de la consultation individuelle, le médecin anesthésiste en discutera avec vous et vous conviendrez ensemble du type d'anesthésie.

Dans le cas d'anesthésie générale, des nausées et vomissements post-opératoires peuvent survenir. Des lésions dentaires ou une irritation du larynx peuvent également arriver suite aux manipulations dans votre bouche ou votre nez. Les lésions nerveuses ou cutanées dues à votre position sur la table d'opération, en général réversibles, sont rares.

L'anesthésie par bloc central peut provoquer une chute de tension pendant l'opération qui sera traitée rapidement. Après l'opération, il peut arriver de souffrir de maux de tête, traités de manière spécifique, ou avoir des difficultés à uriner nécessitant la pose d'une sonde. Beaucoup plus rarement, des lésions nerveuses directes ou par compression (hématome, abcès) peuvent survenir.

Agissant directement sur les nerfs, l'anesthésie locale d'un seul membre plexique ou tronculaire peut, bien que très rarement, être compliquée de lésion nerveuse. Le passage de l'anesthésie locale dans le compartiment intravasculaire peut entraîner des complications neurologiques passagères (convulsion) ou cardiaques. Celles-ci sont très rares (moins de 1% des cas) et seront traitées rapidement.

Des complications possibles liées à la localisation du bloc opératoire vous seront expliquées par le médecin anesthésiste.

Traitement de la douleur après l'opération

Après une anesthésie générale, la douleur est traitée par des injections intraveineuses ou par la prise orale de médicament de trois types différents : anti-inflammatoires, paracétamol et opiacés (morphine).

HR-For-P1-1.07-018	Auteur : Dr E. Corthésy	V : 01 25/08/2009	Libéré par : Saegesser Philippe	2/5
--------------------	-------------------------	-------------------	---------------------------------	-----

Afin que le patient puisse contrôler sa douleur, les opiacés sont parfois délivrés par une pompe sécurisée qu'il active lui-même selon les besoins.

Suite à une anesthésie locale ou combinée, le traitement reposera principalement sur la perfusion d'anesthésiques locaux par le cathéter déjà posé (ce qui a pour avantage que le traitement anti-douleur est actif localement), ainsi que sur la prise de médicaments anti-douleurs par voie orale ou intraveineuse.

Les recommandations

Toutes les techniques anesthésiques peuvent se compliquer d'allergie à un produit qui sera traitée en conséquence. *Il est donc important que vous indiquiez au médecin anesthésiste vos éventuelles allergies ou intolérances à un produit.*

Avant l'opération

Vous devez rester à jeun (c'est-à-dire ni boire, ni manger) dès minuit avant le jour de l'opération. Avec un peu d'eau, vous ne prendrez que les médicaments que le médecin anesthésiste vous aura prescrits, y compris vos médicaments habituels qu'il vous aura demandé de prendre. Les enfants peuvent boire de l'eau sucrée jusqu'à deux heures avant l'opération.

Une douche ou un bain doit être pris le matin de l'opération. Les bijoux, les verres de contact, les prothèses dentaires et le maquillage doivent être enlevés. Un doigt au minimum doit être laissé sans vernis à un ongle. Vous pourrez prendre avec vous vos lunettes, appareils auditifs et walkman pour écouter de la musique durant l'opération.

Après l'opération

Si l'opération se fait en ambulatoire, vous pourrez rentrer le jour même à domicile. Vous devez être accompagné et, jusqu'au lendemain vous ne devrez ni conduire, ni travailler, ni prendre des décisions importantes (ex : signature d'un contrat), ni boire des boissons alcoolisées.

Dans les 24 heures qui suivent l'anesthésie

Si vous ressentez des étourdissements, des nausées, des maux de tête, ou si après une anesthésie locale, la sensibilité ou la force du membre qui a été endormi ne reviennent pas complètement, ou en cas d'autre problème, vous pouvez appeler le médecin anesthésiste de garde au numéro de tél. 021/966 66 66.

Vos questions

Dans l'attente de vous rencontrer, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Le service d'anesthésiologie



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Consentement éclairé du patient à l'anesthésie

- Suite à l'information écrite reçue, ainsi qu'à l'entretien d'information qui s'est déroulé le _____ et durant lequel des réponses ont été apportées à mes questions, j'accepte, après réflexion, l'anesthésie prévue, ainsi que l'éventuel changement de la technique anesthésique, au cas où elle serait impossible à effectuer ou si le geste chirurgical devait entraîner sa modification. J'ai été informé(e) sur la nature, les risques ou effets possibles, ainsi que les recommandations liés à l'anesthésie générale et/ou loco-régionale qui doit m'être administrée à l'occasion de l'opération prévue le _____
- Suite à l'information écrite reçue, j'ai eu la possibilité d'être informé (e) lors d'un entretien sur la technique anesthésique prévue et sur les risques qui pourraient y être liés, mais y ai renoncé m'estimant suffisamment renseigné (e). J'accepte, après réflexion, l'anesthésie prévue, ainsi que l'éventuel changement de la technique anesthésique, au cas où elle serait impossible à effectuer ou si le geste chirurgical devait entraîner sa modification.
- J'ai reçu une brochure /feuille d'information/une référence à un site Internet.

(cocher la (les) case (s) qui convient (nent))

Patient (signature*) : _____

Représentant légal ou thérapeutique* : _____

Date : _____

*La signature du patient doit être obtenue, sauf urgence ou incapacité de discernement

Je, soussigné, Dr _____ (Nom, prénom, caractère majuscule), certifie que j'ai expliqué la nature, les risques ou effets possibles, ainsi que les recommandations liés à l'anesthésie générale et/ou loco-régionale choisie. Je certifie également avoir offert au patient la possibilité de poser toutes les questions qu'il souhaite et que j'ai pleinement répondu à ces dernières. Je crois que le patient/représentant légal ou thérapeutique a bien compris ce que j'ai expliqué. Dans le cas où je ne serais pas présent lors de la signature de ce formulaire par le patient, je comprends qu'il n'a qu'une valeur de documentation, bien que le processus du consentement éclairé ait pris place. Je reste responsable d'obtenir le consentement éclairé du patient ainsi que de son information.

Date : _____ Médecin (signature) : _____



Nom :
Prénom :
Date de naissance :

COMPTE-RENDU DE L'ENTRETIEN D'INFORMATION ANESTHESIQUE

1. L'opération prévue est :
2. Date prévue de l'opération :
3. Après discussion, la technique anesthésique choisie est :
 - L'équipement de base nécessaire comporte une perfusion, ainsi que des appareils pour la surveillance du rythme cardiaque, la tension artérielle et du taux d'oxygène dans le sang. Il peut être complété par :
 - votre suivi post-opératoire prévu est :
 - les principaux risques spécifiquement liés à votre prise en charge anesthésique sont :
.....
.....
.....
4. Si un changement de technique anesthésique s'impose, vous acceptez les alternatives suivantes :
5. En cas de nécessité, vous acceptez /refusez (soulignez ce qui convient) de recevoir des produits sanguins.
6. Le matin de l'opération, vous ne devez prendre que les médicaments suivants :
.....
.....
7. Réponses à vos questions :
.....
.....
.....
8. Autres informations :
.....
.....
.....

Date de l'entretien informatif :

Signature du patient :

Autre personne présente à l'entretien (famille, interprète) :

Signature du médecin anesthésiste qui a fait l'entretien informatif :

- **T6. Générale de Santé (Francia). Clinique Vignoli**



**CONSENTEMENT ECLAIRE POUR UNE
INTERVENTION CHIRURGICALE ET
ANESTHESIQUE**
Intervention médicale – Chirurgicale – Anesthésique

EN208A - Création le 02/12/09

Madame, Monsieur,

Vous avez été informé(e) sur votre état de santé et sur les modalités diagnostiques, médicales ou chirurgicales recommandées dans votre cas. **Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le médecin ou l'établissement.** Il s'agit simplement de recueillir votre accord sur la réalisation des gestes et traitements vous concernant.

Au cours de la consultation avec le Docteur _____, il a été convenu que je devrai être hospitalisé(e) dans votre établissement.

Ce médecin m'a donné des informations précises sur mon état de santé. Il m'a expliqué de façon simple et compréhensible son évolution possible si on ne recourait pas à une intervention médicale et/ou chirurgicale. Il m'a informé(e) des autres types de traitements et/ou interventions pouvant exister avec leurs bénéfices ou inconvénients possibles. Il m'a clairement indiqué la nature de l'intervention qui sera pratiquée, son objectif, son utilité et ses bénéfices attendus mais également les effets secondaires et inconvénients qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et ses complications éventuelles à court et long terme.

J'ai eu la possibilité de poser des questions et les médecins concernés y ont répondu de façon complète et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.

En conséquence de quoi (*) :

1. J'autorise mon médecin ou autre spécialiste concerné de votre établissement à pratiquer les actes médicaux et/ou chirurgicaux utiles pour le traitement de l'affection que je présente et ayant fait l'objet d'une information par le médecin, y compris toute anesthésie générale ou locale jugée nécessaire.
2. Je comprends que le médecin peut découvrir des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes et/ou traitements supplémentaires ou différents de ceux

Extrait de l'article L.1111-4 al.3 du Code de la santé publique - Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

**CONSENTEMENT ECLAIRE POUR UNE
INTERVENTION CHIRURGICALE ET
ANESTHESIQUE**
Intervention médicale – Chirurgicale – Anesthésique

EN208A - Création le 02/12/09

planifiés. J'autorise mon médecin et les équipes médicales à effectuer ces gestes et/ou traitements qui s'avèreraient médicalement nécessaires.

3. J'autorise, en cas de nécessité, l'équipe médicale à pratiquer une transfusion sanguine.
4. J'autorise le transfert que nécessiterait mon état de santé dans un autre établissement.
5. Si une pose de prothèse est prévue, je mandate votre établissement pour acquérir, pour mon compte auprès des laboratoires, tout matériel implantable prescrit par le chirurgien et médecin, indispensable à l'intervention chirurgicale envisagée.

(*) Rayer le paragraphe pour lequel vous n'entendez pas donner votre autorisation

Je reconnais que ce document m'a été expliqué en totalité, que je l'ai lu ou qu'il m'a été lu, que les espaces vides ont été remplis et que je comprends le contenu de ce document.

Nom :	A :
Prénom :	Date : / /
Date de naissance : / /	Signature

Ce document doit être impérativement signé par le patient et remis à l'établissement, le jour de votre pré-admission ou au plus tard le jour de son hospitalisation.

- **T7. Ensemble hospitalier de la Côte (Suiza)**

ANESTHÉSIE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT

Chère patiente, cher patient,

Afin que votre opération (ou celle de votre enfant) se déroule le mieux possible et sans douleur, une anesthésie est nécessaire. Le médecin anesthésiste vous informera personnellement du déroulement de l'anesthésie ainsi que des avantages et inconvénients des différentes techniques utilisées. En fonction de l'opération prévue, il choisira avec vous la méthode d'anesthésie la mieux adaptée à votre cas.

1- LES PRINCIPALES TECHNIQUES ANESTHÉSIIQUES UTILISÉES

L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

Lors d'une anesthésie générale, la perception de la douleur est neutralisée à l'aide de différents médicaments et le patient est inconscient. Cet état de « sommeil artificiel » se prolonge jusqu'à la fin de l'intervention. Dans la plupart des cas, la respiration doit être assistée.

L'ANESTHÉSIE LOCO-RÉGIONALE

Dans de nombreux cas, il est possible d'anesthésier la seule partie du corps concernée par l'opération. Lors d'une telle intervention, le patient peut rester éveillé, écouter de la musique (par des écouteurs) ou somnoler si on le met sous sédation. Si l'anesthésie loco-régionale s'avère insuffisante, il est toujours possible d'ajouter un analgésique (médicament contre la douleur) en cours d'intervention, voire de pratiquer une anesthésie générale. Les principales techniques d'anesthésie loco-régionale sont:

L'anesthésie périmédullaire: on injecte un anesthésique local dans le liquide céphalo-rachidien où baigne la moelle épinière (anesthésie rachidienne), ou dans l'espace péri-dural, situé entre le canal rachidien et l'enveloppe de la moelle épinière (anesthésie péri-durale). Le patient ressent d'abord une impression de chaleur dans la zone en question, puis elle devient totalement insensible et le patient ne peut plus bouger la partie concernée durant le temps d'action de l'anesthésie.

L'anesthésie tronculaire: il s'agit d'endormir un nerf ou un groupe de nerfs à l'aide d'un anesthésique local. On endort par exemple les nerfs qui contrôlent le bras et la main à la hauteur des aisselles (bloc axillaire).

L'anesthésie combinée (anesthésie générale associée à une loco-régionale)

Lors d'interventions majeures ou certaines opérations pratiquées sur des enfants, on combine souvent les deux méthodes afin d'améliorer le traitement de la douleur post-opératoire.



Ensemble hospitalier
de la Côte

2- ANESTHÉSIE, SÉCURITÉ ET EFFETS SECONDAIRES

Les méthodes utilisées actuellement en anesthésie sont fiables et le risque de complications qui pourraient mettre la vie du patient en danger, même dans les cas les plus lourds, demeure extrêmement faible. Lors de l'intervention, toutes les fonctions vitales de l'organisme sont sous surveillance. Les dysfonctionnements éventuels sont corrigés (activité cardiaque, fonction respiratoire). Les lésions temporaires ou permanentes causées par une anesthésie sont à l'heure actuelle très rares. Il convient cependant de mentionner le risque de dents abîmées lors d'une anesthésie générale, ou de lésion nerveuse lors d'une anesthésie loco-régionale. Les cas de paralysie prolongée ou d'altération de la sensibilité sont extrêmement rares.

D'autres risques surajoutés sont à prendre en considération si des mesures particulières doivent être prises (par exemple mise en place d'une voie veineuse centrale, transfusion de produits sanguins).

D'autres effets indésirables se font parfois ressentir après l'opération, mais disparaissent rapidement, comme la raucité de la voix, des difficultés de déglutition, des difficultés de concentration, des nausées et vomissements, ou des problèmes de miction. Pour traiter la douleur post-opératoire, l'anesthésiste dispose d'un large choix de médicaments et de techniques. Il les administre en fonction des besoins du patient.

POUR VOTRE SÉCURITÉ

Le patient doit rester à jeun (sans boire ni manger) un certain laps de temps avant et après l'anesthésie. Il est nécessaire de s'en tenir aux prescriptions données par le médecin. Le jour de l'opération, le patient ne prend ses médicaments que sur ordre médical. Les verres de contact, les prothèses dentaires, les bagues et bijoux sont à remettre à l'infirmière avant l'opération. Si vous rentrez chez vous le jour même de votre opération, faites-vous accompagner à votre domicile. Jusqu'au lendemain, il vous est en principe interdit de conduire votre véhicule, de boire de l'alcool ou de prendre des décisions importantes (par exemple signer un contrat).

REMARQUES GÉNÉRALES

Le but de cette information est de vous préparer à l'entretien avec le médecin anesthésiste. Afin de dissiper les éventuels doutes, nous vous recommandons vivement de lui poser toutes vos questions et de les écrire ci-dessous. Si vous avez d'autres questions, que cela soit avant ou après l'opération, nous vous prions de bien vouloir les faire parvenir à notre secrétariat, ou en cas d'urgence au médecin de garde d'anesthésie.

En signant le présent formulaire, vous déclarez avoir été informé et avoir obtenu des réponses à toutes vos questions.

Nous vous remercions de nous rendre le présent formulaire, signé, lors de la visite préanesthésique.



Ensemble hospitalier
de la Côte

VOS QUESTIONS

.....
.....
.....

NOTES COMPLÉMENTAIRES DE LA PART DU MÉDECIN

.....
.....
.....

Suite à l'entretien d'information que j'ai eu et aux réponses qui ont été apportées à mes questions, j'accepte, après réflexion (cocher ce qui convient) :

- l'intervention chirurgicale
- la procédure invasive
- le traitement

mentionné(e) ci-dessus.

J'ai été informé(e) de la nature et du but de l'intervention chirurgicale, de la procédure invasive ou du traitement proposé. Le médecin m'a aussi informé(e) des bénéfices, risques et possibles complications, de même que des possibles alternatives à l'intervention chirurgicale, procédure invasive ou traitement proposé.

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT

SIGNATURE DU PATIENT
(OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL OU THÉRAPEUTIQUE)

SIGNATURE DU MÉDECIN

LIEU ET DATE



• T8. Ministry of Health Belize

1

INFORMED CONSENT FORM
(Surgical Operation and Invasive Procedures)

Date: ____/____/____ **SSB#:** _____

Name: _____ **D. O. B.** ____/____/____

Sex: M/ F **Address:** _____

Note: To be filed in patient's medical record along with Operation Progress Notation and Anesthesia report.

I. CONSENT TO SURGICAL OPERATION /INVASIVE PROCEDURE

I, _____,
(Name of patient – Print name in space provided)

authorize _____ the
(Anesthetic Provider)

administration of anesthetics with vigilant monitoring of my bodily functions.

I have been explained and I agree to permit the performance of one of the following anesthetic techniques suitable for my surgical procedure:

- **GENERAL ANESTHESIA** including and inhaled anesthetic agent, and (or intubation or laryngeal mask), which will cause unconsciousness, muscle relaxation, amnesia, analgesia
- **SEDATION CONSCIOUS OR DEEP** with intravenous or/and inhaled agents: sedation, amnesia, analgesia
- **REGIONAL ANESTHESIA:** (spinal, epidural, caudal, nerve block): needle insertion near centroneuraxis or major nerves, which temporarily cause me to lose sensations (motor and sensitive block) in certain areas of my body.
- **LOCAL ANESTHESIA:** including local anesthetic agents with or without sedation.

If my regional or local anesthetic technique is not satisfactory to me or my surgeon, I consent to the administration of general anesthesia.

I understand that during the course of an operation, unforeseen changes in my condition may arise which would necessitate changes in the care being provided to me. In that case, the anesthesia provider will act in my behalf with my safety as the first priority.

I am aware that the practice of anaesthesiology is not an exact science and that no guarantees can be made concerning the results of administration of anesthetics to me.

MOH Informed Consent/2009

Anesthetic common side effects, complications and risks include, but are not limited to: nausea and vomiting, adverse drug reaction, bronchospasm, laryngospasm, arrhythmias, dreams or recall of intraoperative events, corneal abrasions, and damage to mouth, teeth, or vocal cord, backache. Post-dural puncture spinal headache, massive block, neurological injury (cauda equine syndrome, numbness, pain or paralysis, epidural or spinal haematoma, meningitis, damage to arteries, veins and in rare cases permanent brain damage, heart attack, stroke, or death.

These potential risks apply to me whether I have general, regional or local anesthesia. In addition, I certify that I have, to the best of my ability, told the anesthesiologist/nurse anesthesia obtaining consent, of all major illness I have had, of all past anesthetics I have received and any complications of these anesthetics known to me, of any drug allergies I have and of all medications I have taken in the past year.

I have also responded truthfully to any additional questions asked by the anesthesiologist. The nature and purpose of my anesthetic management have been explained to me, I have had the opportunity to ask questions, and the answers and additional information provided have met my satisfaction. I retain the right to withdraw this consent at any time prior to the administration of the anesthesia.

_____	____/____/____
<i>Anesthesia Provider</i>	<i>Date</i>
_____	____/____/____
<i>Signature of Patient or responsible party</i>	<i>Date</i>
_____	____/____/____
<i>Signature of Witness</i>	<i>Date</i>

II. TIME OUT VERIFICATION

Immediately prior to start of the operation/procedure, the patient was identified using two identifiers (name and SSB #), the correct surgical operation/procedure was verified, the written agreement was made by patient and or/ legal guardian.

Signature of Anesthetic Provider

Signature of ORN (if applicable)

- T9. Government of Western Australia. Department of Health

FORM D

Patient Consent to Anaesthesia (General or Regional) (Page 1 of 2)	Affix hospital identification here		
	Surname		Umrn
	Given names	DOB	Sex
	Address		
	Suburb		Postcode
This form is to be completed giving due consideration to the "Consent to Treatment Policy for the Western Australian Health System"			
Declaration of anaesthetist obtaining consent (to be completed by the clinician obtaining consent)			
Tick the boxes or cross out and initial any changes or information not appropriate to the stated anaesthesia: <input type="checkbox"/> I have informed the patient of the anaesthetic techniques for the proposed procedure noted below, including known benefits and possible complications. <input type="checkbox"/> I have provided the patient with information specific to the anaesthetic techniques indicated below. The patient has been asked to read information provided and ask questions about anything that is unclear. An identifiable copy of the information I have provided to the patient has been kept on the patient's medical record. <input type="checkbox"/> I have informed the patient of specific anaesthetic risks particular to this patient, as noted below.			
Proposed procedure			
List the proposed procedure to be performed			
Anaesthetic techniques			
Tick the proposed anaesthetic technique/s discussed: <input type="checkbox"/> General anaesthesia <input type="checkbox"/> Spinal anaesthesia <input type="checkbox"/> Epidural anaesthesia/analgesia <input type="checkbox"/> Nerve blocks <input type="checkbox"/> Blood transfusion <input type="checkbox"/> Central lines			
Disclosure of material risks			
Material risks or specific risks particular to this patient that have arisen as a result of our discussions are documented below.			
Signature of anaesthetist obtaining consent			
Full name (please print) _____		Position/Title _____	
Signature _____		Date _____	
Signature of anaesthetist providing anaesthesia (if different to the anaesthetist who obtained consent)			
Full name (please print) _____		Position/Title _____	
Signature _____		Date _____	

Patient Consent to Anaesthesia (General or Regional) (Page 2 of 2)	Affix hospital identification here		
	Surname		UMRN
	Given names	DOB	Sex
	Address		
	Suburb		Postcode

Patient's declaration

Please read the information carefully and tick the following to indicate you have understood and agree with the information provided to you. Any specific concerns should be discussed with your doctor or proceduralist performing the procedure **prior to signing the consent form**.

- The anaesthetist has explained the anaesthetic techniques that may be used for the procedure which is proposed.
- The risks of the anaesthetic techniques that may be used, including the risks that are specific to me, have been explained.
- I have been given patient information sheets for my proposed anaesthetic technique.
- I have had the opportunity to discuss and clarify any concerns about the anaesthetic with an anaesthetist.
- I **understand** that a different anaesthetist may give the anaesthetic.
- I **understand** that the anaesthetic, in part or whole, may be given by a qualified doctor who is training in anaesthesia.
- I **understand** that the specific anaesthetic technique to be used will be confirmed only after I have had discussions with the anaesthetist who is giving the anaesthetic.

Patient's full name _____

Patient's signature _____ Date/Time _____

Parent/guardian signature _____ Date/Time _____

(if desired for mature minor)

Interpreter's declaration

Specific language requirements (if any) _____

Interpreter services required: Yes No

I declare that I have interpreted the dialogue between the patient and health practitioner to the best of my ability, and have advised the health practitioner of any concerns about my performance.

Interpreter's signature _____ Date _____

Full name (please print) _____

- **T10. Department of Health, Social Services and Public Safety. UK**

Department of Health, Social Services and Public Safety An
Roinn Sláinte, Seirbhísí Sóisialta agus Sábháilteachta Poiblí

[HPSS organisation name]

consent form 1

**Patient agreement to
investigation or treatment**

Patient details (or pre-printed label)	
Patient's surname/family name	_____
Patient's first names	_____
Date of birth	_____
<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
HPSS number (or other identifier)	_____
Responsible health professional	_____
Job title	_____
Special requirements (e.g. other language/other communication method)	_____

To be retained in patient's notes

Patient Identifier/label

Name of proposed procedure or course of treatment

(include brief explanation if medical term not clear) _____

Statement of health professional (to be filled in by health professional with appropriate knowledge of proposed procedure, as specified in consent policy)

I have explained the procedure to the patient. In particular, I have explained:

The intended benefits _____

Serious or frequently occurring risks _____

Any extra procedures which may become necessary during the procedure

blood transfusion _____

other procedure (please specify) _____

I have also discussed what the procedure is likely to involve, the benefits and risks of any available alternative treatments (including no treatment), any samples that may be taken and any particular concerns of this patient.

The following leaflet/tape has been provided _____

This procedure will involve:

general and/or regional anaesthesia local anaesthesia sedation

Signed _____ Date _____

Name (PRINT) _____ Job title _____

Contact details (if patient wishes to discuss options later) _____

Statement of interpreter (where appropriate)

I have interpreted the information above to the patient to the best of my ability and in a way in which I believe s/he can understand.

Signed _____ Date _____

Name (PRINT) _____

Top copy accepted by patient: yes/no (please circle)

Statement of patient

Please read this form carefully. If your treatment has been planned in advance, you should already have your own copy of page 2 which describes the benefits and risks of the proposed treatment. If not, you will be offered a copy now. If you have any further questions, do ask – we are here to help you. You have the right to change your mind at any time, including after you have signed this form.

I agree to the procedure or course of treatment described on this form.

I understand that you cannot give me a guarantee that a particular person will perform the procedure. The person will, however, have appropriate experience.

I understand that I will have the opportunity to discuss the details of anaesthesia with an anaesthetist before the procedure, unless the urgency of my situation prevents this. (This only applies to patients having general or regional anaesthesia.)

I understand that any procedure in addition to those described on this form will only be carried out if it is necessary to save my life or to prevent serious harm to my health.

I have been told about additional procedures which may become necessary during my treatment. I have listed below any procedures **which I do not wish to be carried out** without further discussion

I agree/do not agree (delete as applicable) to my samples being used for education, research or public health monitoring.

Patient's signature _____ Date _____

Name (PRINT) _____

A witness should sign below if the patient is unable to sign but has indicated his or her consent. Young people/children may also like a parent to sign here (see notes).

Signature _____ Date _____

Name (PRINT) _____

Confirmation of consent (to be completed by a health professional when the patient is admitted for the procedure, if the patient has signed the form in advance)

On behalf of the team treating the patient, I have confirmed with the patient that s/he has no further questions and wishes the procedure to go ahead.

Signed _____ Date _____

Name (PRINT) _____ Job title _____

Important notes: (tick if applicable)

See also advance directive/living will (e.g. Jehovah's Witness form)

Patient has withdrawn consent (ask patient to sign /date here) _____