



ANESTHESIA and SEDATION CONSENT FORM

Patient's Name (please print) _____ Date of Birth _____

I, as the patient or legal representative for the patient, request a regional anesthesia or I.V. sedation service for my pending procedure to minimize pain and discomfort I might otherwise experience.

Please read carefully

- I understand that all forms of anesthesia involve some risks and no guarantees can be made regarding the results of my procedure, treatment, or anesthesia. Some, but not all, of the common risks of anesthesia are headache, sore throat and hoarseness, nausea and vomiting, muscle soreness, injury to the eyes/visual loss, and incomplete or inadequate nerve block requiring conversion to another method.
- In addition, instrumentation to safely protect my airway might unavoidably result in dental damage including fracture or loss of teeth, bridge work, dentures, crowns, fillings and or damages to the lips and gums.
- I understand that more serious risks are extremely rare in the Falls Church Healthcare Center setting but they may include, but not limited to, changes in blood pressure, bleeding, infection, drug reaction, nerve injury, awareness under anesthesia, cardiac arrest, brain damage, paralysis, stroke, or death.
- I understand that, while receiving anesthesia, conditions may develop that would require invasive monitoring or further anesthetic intervention in order to provide for my health and safety.
- I understand that my care will be provided either directly by the attending anesthesiologist or CRNA (Certified Registered Nurse Anesthetist), under the direction of Falls Church Healthcare Center's Medical Director or assigned or my doctor.
- As required by the Virginia Code 5-412-160, a list of medications, drugs, and their benefits and risks used for your anesthesia and care is to be available.

MONITORED ANESTHESIA CARE WITH SEDATION	Expected result: Reduce anxiety and pain, partial or total amnesia. Technique: Drug injected into blood stream, or by other routes producing a semi-conscious state. Rare Risks: An unconscious state, depressed breathing, injury to blood vessels.
REGIONAL ANESTHESIA WITHOUT SEDATION	Expected result: Temporary loss of feeling and/or movement of regional area. Technique: Drug injected into cervix or the area to be treated. Rare Risks: Infections, convulsions, persistent numbness, residual pain, injury to blood vessels.

Patient or Legal Representative Certification

I have disclosed any prior adverse reactions to anesthesia and have disclosed my allergies. I have disclosed all medications and drugs I use. I understand using methadone, methamphetamine, heroin, cocaine and other drugs may increase anesthesia risks. I hereby consent to have regional anesthesia, or I.V. sedation and authorize that it be administered by FCHC's licensed Sedation Clinician or Doctor. I also consent to alternative types of anesthesia, if necessary, as deemed appropriate by them. I understand the contents of this document, agree to its provisions, consent to the administration of anesthesia, and I am knowledgeable of its risks and benefits. I have been given the opportunity to ask any questions I may have. All of my questions have been answered satisfactorily.

_____ Date

Signature of Patient

_____ Date

Signature of Witness

Anesthesia Clinician Attestation

I have reviewed the procedure(s), alternative(s) and risks with the person who has signed above. The patient or their legal representative has told me that they understand the above consent.

_____ Date & Time

Signature of Provider of Monitored or Regional Anesthesia



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ANESTESIA Y SEDACIÓN

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo, como el paciente o representante legal del paciente, solicito un servicio de anestesia regional o sedación intravenosa para mi procedimiento para minimizar el dolor y las molestias que pueda experimentar.

Por Favor Lea Con Cuidado

- Entiendo que todas las formas de anestesia implican algunos riesgos y no se pueden ofrecer garantías sobre los resultados de mi procedimiento, tratamiento o anestesia. Algunos, pero no todos, de los riesgos comunes de la anestesia son dolor de cabeza, dolor de garganta y ronquera, náuseas y vómitos, dolor muscular, lesiones en los ojos o pérdida de visión, y anestesia regional del nervio incompleta o insuficiente que requiere la conversión a otro método.
- Además, los instrumentos para proteger las vías respiratorias pueden causar daño dental, incluyendo una fractura o pérdida de dientes, puentes, dentaduras postizas, coronas, empastes y o daños a los labios y las encías.
- Entiendo que los riesgos más graves son extremadamente raros en Falls Church Healthcare Center, pero pueden incluir, pero no se limitan a, cambios en la presión arterial, hemorragia, infección, reacción a un fármaco, lesión del nervio, conciencia bajo anestesia, paro cardíaco, daño cerebral, parálisis, accidente cerebrovascular o muerte.
- Entiendo que, al recibir la anestesia, se pueden desarrollar condiciones que requieran un monitoreo invasivo o una intervención anestésica adicional para garantizar mi salud y seguridad.
- Entiendo que mi cuidado será proporcionado directamente por el anestesiólogo o por una enfermera/anestésista certificada (CRNA), bajo la dirección del director médico en Falls Church Healthcare Center o asignado.
- Según lo dispuesto por el Código de Virginia 5-412-160, una lista de medicamentos, drogas, y sus beneficios y riesgos utilizados para su anestesia y cuidado debe estar disponible.

ANESTESIA MONITORIZADA CON SEDACIÓN	Resultado Esperado: Reducir la ansiedad y el dolor, amnesia parcial o total. Técnica: Drogas inyectadas en el torrente sanguíneo, o por otras vías que producen un estado semi-consciente. Riesgos Raros: Un estado de inconsciencia, depresión respiratoria, lesiones en los vasos sanguíneos.
ANESTESIA REGIONAL SIN SEDACIÓN	Resultado Esperado: Pérdida temporal de sensación y / o movimiento del área regional. Técnica: Medicamentos inyectados en el cuello uterino o en el área a tratar. Riesgos Raros: Infecciones, convulsiones, entumecimiento persistente, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos.

Certificación de Paciente o Representante Legal

He dado a conocer cualquier reacción adversa a la anestesia y he dado a conocer mis alergias. He revelado todos los medicamentos y drogas que uso. Entiendo que el uso de metadona, metanfetamina, heroína, cocaína y otras drogas puede aumentar los riesgos de la anestesia. Doy mi consentimiento para recibir anestesia regional, o sedación intravenosa y autorizo que sea administrada por un médico o un clínico licenciado en sedación de FCHC. También doy mi consentimiento para tipos alternativos de anestesia, si es necesario, según lo consideren apropiado. Entiendo el contenido de este documento, acepto sus disposiciones, doy mi consentimiento para la administración de la anestesia, y estoy bien informado de sus riesgos y beneficios. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Anesthesia Clinician Attestation

I have reviewed the procedure(s), alternative(s) and risks with the person who has signed above. The patient or their legal representative has told me that they understand the above consent.

Signature of Provider of Monitored or Regional Anesthesia

Date & Time