

## Patient Agreement for the Administration of Nitrous Oxide

### Consentimiento del Paciente para la Administración de Óxido Nitroso

#### *Durante el Parto o el Periodo de Postparto*

Mi obstetra me ha explicado el potencial para los riesgos y los beneficios de respirar óxido nitroso durante el parto o el postparto inmediato. También me han explicado los métodos alternos de controlar el dolor. Comprendo que algunos de los posibles efectos secundarios del óxido nitroso incluyen: mareos, náusea, vómito, aturdimiento y una sensación general de "malestar".

Si deseo dejar de usar el óxido nitroso en cualquier momento durante esta administración, puedo discontinuar su uso inmediatamente. Le informaré mi decisión al personal de enfermería y podré seleccionar otro medio de controlar el dolor según mi obstetra lo considere apropiado. También comprendo que la sensación de los efectos secundarios debe mejorarse dentro de 5-10 minutos de haber dejado de usar el óxido nitroso. Comprendo que no existen estudios concluyentes sobre el riesgo que corre mi bebé.

Comprendo que el uso del óxido nitroso puede hacerme sentir inquieta por un periodo breve de tiempo. Si necesito o deseo salir de la cama mientras estoy usando el óxido nitroso, lo haré utilizando la ayuda de un miembro del personal de enfermería.

Comprendo que el uso del óxido nitroso puede causar mareos. No voy a poder tomar una ducha durante el uso del óxido nitroso.

Estoy de acuerdo en sostener la máscara por mi cuenta. No permitiré que otros sostengan la máscara en mi cara o que utilicen cualquier tipo de ayuda externa incluyendo almohadas, correas, etc., para mantener la máscara en mi cara.

No permitiré que nadie, a parte de mí, use el óxido nitroso y comprendo que cualquier persona que se observe tratando de sostener la máscara para mí o que utilice la máscara para administrarle óxido nitroso a cualquier persona será removido/a del departamento de Obstetricia. Como resultado de esta acción tomada por alguien en mi habitación, el óxido nitroso para mi uso será removido de la habitación.

Desearía utilizar este medio de controlar el dolor por el paciente. Comprendo que esta forma de controlar el dolor no removerá todas las sensaciones de incomodidad a un nivel de dolor de 0.

Comprendo y estoy de acuerdo con la declaración anterior y deseo usar el óxido nitroso para el dolor de parto en este momento y/o tenerlo disponible para utilizarlo como se indica durante el periodo inmediato del postparto. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi obstetra y/o partera, las que me han sido contestadas a mi satisfacción.

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Consentimiento del Paciente para la Administración de Óxido Nitroso

