

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DILATACIÓN ENDOSCOPICA

Nº Seguridad Social o DNI:

D/Dª:

(Nombre y dos apellidos del paciente)

D/Dª:..... D.N.I. :.....

(Nombre y dos apellidos)

en calidad de:..... de:.....

(Representante legal, familiar o allegado)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

La dilatación endoscópica es una técnica que pretende resolver estenosis (zonas estrechas) del tubo digestivo introduciendo un endoscopio flexible y dilatadores, en una o varias sesiones. Con la ayuda del endoscopio se introducen los dilatadores hasta la zona estenótica, procediendo posteriormente a dilatarla. Esta prueba se realiza sin anestesia general, pero puede ser necesario administrar medicamentos que reducen el dolor y tranquilizan, ya que en algún momento pudiera resultar molesta o dolorosa. (Si es usted alérgico a algún medicamento debe comunicárselo a su médico y al médico que realice la prueba antes de comenzar ésta).

La realización de una dilatación conlleva el riesgo de complicaciones. La perforación y la hemorragia son las más frecuentes. En las dilataciones esofágicas también es posible la aspiración o entrada de secreciones en la vía respiratoria. Afortunadamente, se trata de riesgos pequeños y siempre inferiores al riesgo que tendría la intervención quirúrgica destinada a resolver su estenosis.

Estas complicaciones se resuelven solas en la mayoría de los casos, pero puede ser necesaria una intervención quirúrgica para solucionarlas y, en caso de sangrado importante, puede ser necesario transfundirle sangre o alguno de sus derivados.

Con el fin de detectar en sus primeros momentos las complicaciones y poder actuar en consecuencia para solucionarlas, es por lo que recomendamos que estén en reposo relativo las horas siguientes a la dilatación, posiblemente serán ingresados 24 horas para ser observados. Posteriormente, si sangrara o presentara dolor torácico o abdominal intenso tras ser dado de alta, deberá acudir inmediatamente al Servicio de Urgencias.

Doy mi consentimiento para que se me administre la premedicación necesaria para la realización de la dilatación endoscópica.

DECLARO que:

He sido informado de forma comprensible, por el facultativo, de la naturaleza y riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.

Estoy satisfecho con la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

Si surgiera alguna situación imprevista urgente, que no permita demora, pueden realizarse las actuaciones médicas necesarias sin mi consentimiento expreso.

CONSIENTO:

que se me realice una dilatación endoscópica.

En (lugar y fecha)

Fdo: Médico

Fdo: Paciente

Fdo: Representante legal, familiar o allegado

REVOCAION CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DILATACIÓN ENDOSCOPICA

REVOCO:

el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En (lugar y fecha)

Fdo: Médico

Fdo: Paciente

Fdo: Representante legal, familiar o allegado