

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTEROSCOPIA

Nº de Historia:

Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI:
(Domicilio del paciente)

Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI:
(Domicilio del representante legal)

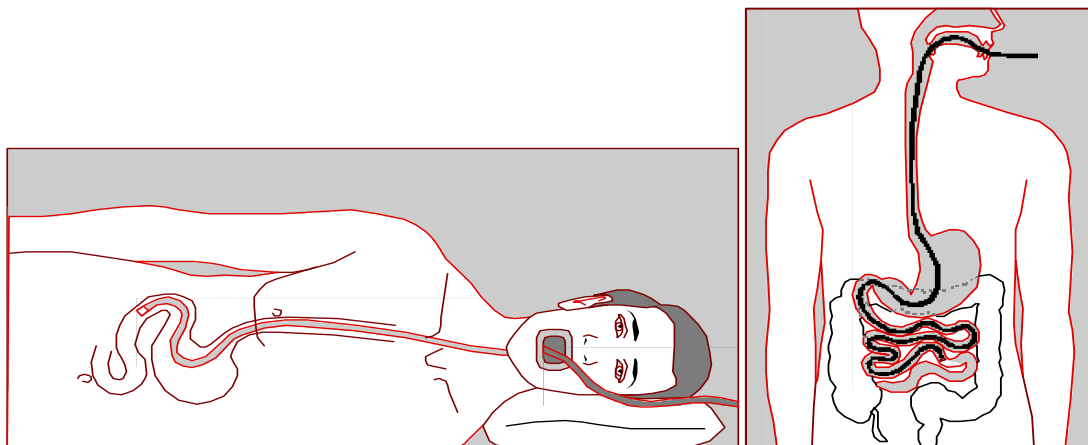
En calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una ENTEROSCOPIA.

- 1.- Es una técnica endoscópica que permite la visualización de zonas del aparato digestivo más distales y que no son accesibles a la endoscopia convencional. Está indicada en hemorragias digestivas de origen no aclarado, síndromes de malabsorción, tumores de intestino delgado, etc. El endoscopio que se utiliza tiene una longitud mayor, por lo que puede plantear problemas de introducción y manejo. En ocasiones se realiza durante un acto quirúrgico para facilitar al cirujano la localización de lesiones en estos tramos del tubo digestivo. Pueden realizarse actuaciones terapéuticas durante la exploración (fulguración de lesiones sangrantes, polipectomías, dilatación de estenosis, etc.).
- 2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación, la anestesia con o sin intubación de la vía aérea y/o la utilización de un anestésico tópico. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación, de la anestesia general y de la anestesia tópica.
- 3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se introduce el enteroscopio con la ayuda de un abrebocas, a través de la cavidad oral o a través del ano y se progresa hasta el intestino delgado. En el mismo acto pueden realizarse tomas de muestras para su estudio. Dada su longitud, en ocasiones se necesita un sobretubo, con o sin balón, para facilitar su paso a través del estómago y de otros tramos intestinales.



- 4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión y dolor abdominal, mareo, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacciones alérgicas y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales, subluxación maxilar y subluxación mandibular, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.

- 5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin que el paciente este en ayunas.

También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje pequeño de pacientes podría no alcanzarse el tramo de intestino deseado y podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración.

Y en tales condiciones

CONSENTIMIENTO

que se me realice una **ENTEROSCOPIA**.

En , a
(Lugar) (Fecha)
Fdo: El/la Médico Fdo: El/la Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña , de años de edad
(Nombre y dos apellidos del paciente)
con domicilio en y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña , de años de edad
(Nombre y dos apellidos del representante legal)
con domicilio en y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

en calidad de..... de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

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

En , a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la Médico Fdo: El/la Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado