



Digestivo Médico Quirúrgica

## SECCIÓN DE EXPLORACIONES

# PANENDOSCOPIA ORAL-GASTROSCOPIA

ES IMPRESCINDIBLE LLEVAR EL VOLANTE  
AUTORIZADO POR LA COMPAÑÍA

### OBLIGATORIO RELLENAR LAS CASILLAS

Alergias, Obesidad severa, diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anticoagulantes / Antiagregantes:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valvulopatías o cardiopatía:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Insuficiencia respiratoria, renal o cardíaca.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedades Infecciosas:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis B, C:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedades de Transmisión Sexual: VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**DMQ ENDOSCOPIAS**  
c/ Doctor Esquerdo 83  
Hospital Beata María Ana



L6 y L9 Parada Sainz de Baranda



L 15, 30, 56, 143, 156, 202, 215.

Citas e Información { Lunes a Jueves de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 H.  
Viernes de 9:00 a 15:00 H.

Telef { 626377337  
637325275  
915042552

**CITACIÓN:** MES \_\_\_\_\_ DÍA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

## PREPARACIÓN

- ▶ Es necesario que su estómago esté limpio para obtener el máximo rendimiento de la prueba, por lo que le recomendamos siga estrictamente las instrucciones siguientes:
- ▶ Durante las 24 horas previas a la exploración no deberá tomar: verduras, frutas, legumbres, hortalizas, pan o bollería.
- ▶ El día de la exploración vendrá en ayunas. No tome alimentos sólidos o líquidos, tampoco agua durante al menos las 8 horas anteriores.
- ▶ Las dudas acerca de la preparación deberá preguntárselas a su médico.
- ▶ Si va a ser anestesiado o sedado deberá venir siempre acompañado, y no deberá conducir tras la prueba.

**SI NO VA A ACUDIR A LA CITA AVÍSELO CON 48 HORAS DE ANTELACIÓN. EL RESTO DE LOS PACIENTES DE ATENCIÓN MÉDICA AGRADECERÁN SU COLABORACIÓN**

## **Digestivo Médico Quirúrgica. Sección Endoscopias**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

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)

- La endoscopia es una técnica que nos permite diagnosticar múltiples enfermedades del aparato digestivo introduciendo un endoscopio flexible por la boca, así como tomar biopsias y realizar terapéutica.
- 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).
- Las Sociedades Españolas de Anestesiología y Reanimación, y de Alergología e Inmunología Clínica y los expertos de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, desaconsejan la práctica sistemática de pruebas, de alergia a los medicamentos por considerar que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacción adversa a los mismos.
- **En ocasiones durante la endoscopia se diagnostican lesiones que necesitan ser biopsiadas o extirpadas**, así como la realización de biopsias para determinar la presencia de Helicobacter pylori [bacteria implicada en el origen de la mayoría de las úlceras).
- La realización de una endoscopia conlleva el riesgo de complicaciones como perforación y hemorragia (especialmente en caso de existir varices esofágicas), aspiración o entrada accidental en vía respiratoria. **Afortunadamente se trata de un riesgo pequeño y lo habitual es que el único efecto secundario sea la propia molestia de la prueba**, y he expuesto que padezco .....  
 ....., que podría influir en los resultados.
- Estas complicaciones, en general no precisan más que vigilancia en el hospital y raramente pueden precisar una intervención quirúrgica para solucionarla.
- Si se realizó una polipectomía (resección de un pólipo), 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 prueba y acudan inmediatamente al Servicio de Urgencias si observan sangrado o dolor abdominal intenso tras la realización de la exploración.
- **D /D<sup>a</sup>.** \_\_\_\_\_ **(en calidad de paciente o responsable legal)** ha sido informado satisfactoriamente de los riesgos y beneficios de la endoscopia y acepto la realización de esta prueba así como la utilización de todos los actos necesarios para mi tratamiento.
- Doy mi consentimiento para que se me administre la premedicación necesaria para la realización de la gastroscopia.
- Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- **En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización de la endoscopia a realizar por el Dr.** \_\_\_\_\_ . No obstante, este consentimiento Podré retirarlo en cualquier momento antes del inicio de la exploración.

Firma del Médico

Firma del Paciente / Representante

Madrid, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

D. N. I. ....