DMQ
DIGESTIVO MÉDICO QUIRÚRGICA

COLONOSCOPIA

Esta preparación **puede realizarse en pacientes** con **INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA** o con **INSUFICIENCIA RENAL GRAVE**. En caso de duda consulte con su médico.

Si alguna de las casillas siguientes contesta **"SI" o es mayor de 65 años**, es imprescindible **comunicárselo al personal** de recepción ya que, tal vez precise una valoración anestésica.

Alergias, Obesidad severa, diabetes:	SI ☐	NO ☐
Anticoagulantes/antiagregantes	SI ☐	NO ☐
Valvulopatías o Cardiopatías	SI ☐	NO ☐
Insuficiencia respiratoria, renal o cardiaca	SI ☐	NO ☐
Enfermedades Infecciosas	SI ☐	NO ☐
Hepatitis B o C:	SI ☐	NO ☐
Enfermedades de transmisión Sexual, VIH	SI ☐	NO ☐

DMQ ENDOSCOPIAS
c/ Dr Esquerdo 83
Hospital Beata María Ana
(PUERTA DE URGENCIAS-CONSULTA)

Metro L6 y L9 Parada Sainz Baranda

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

Citas e Información: Lunes a Viernes de 9:00 a 20:00 Hrs
Tlf: **915042552**
info@digestivodmq.es

1.- Debe suspender **3 días antes de la prueba** toda medicación que contenga hierro oral y agente antidiarreico (consulte con su médico).

2.- Desde **3 días antes de la exploración** deberá seguir la siguiente dieta:

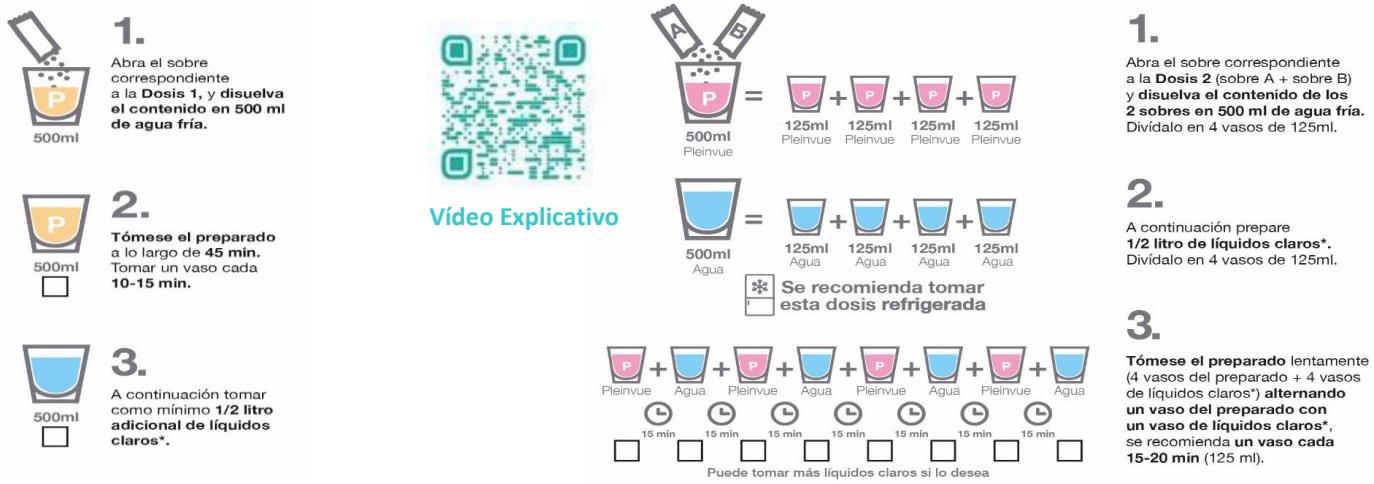
ALIMENTOS PERMITIDOS:
Caldo de carne
Pescado blanco hervido
Quesos duros
Tortilla francesa
Jamón serrano o cocido
Carnes sin grasa a la plancha
Agua, café o infusiones

ALIMENTOS PROHIBIDOS:
Verduras, Legumbres
Hortalizas, Patatas
Ensaladas y Frutas
Embutidos
Pan y Bollería, Chocolate
Alcohol,BebidasGaseosas,Zumo de Naranja, Leche

3.- **24 Horas antes del día de la prueba**: **SOLO TOMARA LIQUIDOS.** (Agua, café o infusiones, Zumos sin pulpa, Aquarius, Caldos de Brick sin grasa).

1ª TOMA DE PLEINVUE:
CITA POR LA MAÑANA: A las 20:00 hrs del día anterior a la prueba.
CITA POR LA TARDE: A las 07:00 hrs del día de la prueba.

2ª TOMA DE PLEINVUE
CITA POR LA MAÑANA: A las 22:00 hrs del día anterior a la prueba.
CITA POR LA TARDE: A las 09:00 hrs del día de la prueba.



6.- EL DIA DE LA EXPLORACION **VENDRA CON 6 HRS DE AYUNO COMPLETO**. No tome alimentos sólidos o líquidos, tampoco agua.

Deberá aportar analítica con tiempos de coagulación y un electrocardiograma si fuese preciso

Pida con antelación en su FARMACIA:

PLEINVUE CN 721059-7

ES OBLIGATORIO QUE EL PACIENTE VENGA ACOMPAÑADO JUNTO CON EL VOLANTE AUTORIZADO POR LA COMPAÑÍA.

DIGESTIVO MEDICO QUIRURGICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PACIENTE DE COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA O TERAPÉUTICA

Paciente:

Don/Doña:_____**de**_____**años de edad, y con DNI** _____

Representante Legal, familiar o allegado:

En calidad de:_____**de:**_____**(Nombre y apellidos del paciente)**

Don/Doña:_____**de** _____**años de edad, y con DNI**_____

El propósito principal de la técnica es explorar el interior del intestino grueso o colon, al igual que algunos centímetros del intestino delgado, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades y, cuando proceda, en caso de lesión sangrante o pólipos, actuar sobre ellos.

He sido informado que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.

La técnica consiste en examinar el colon con un colonoscopio introducido por el ano. El médico me ha explicado que siempre que no concurra una situación de urgencia, previamente a la intervención deberé proceder a una limpieza intestinal mediante la toma de un laxante. La técnica consiste en, estando el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se procederá a la introducción anal del endoscopio progresando por el colon, examinando la capa interna de la pared. Tal y como se ha dicho, si durante la exploración se visualizan zonas anómalas, se pueden tomar muestras de tejido (biopsias o citología) y/o cuando proceda, determinados tratamientos como la extirpación de pólipos (polipectomía).

El médico solicitante me ha informado que como alternativa a la colonoscopia existen otras técnicas, como los estudios radiológicos del colon y la cápsula endoscópica del colon. He tenido la oportunidad de comentar estas alternativas con el médico habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el procedimiento más adecuado.

También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO_2; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. Una vez me haya recuperado por completo de estos síntomas y de los efectos de la sedación, se procederá a darme el alta médica. En el caso de no encontrarme totalmente recuperado, permaneceré ingresado en observación.

Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables o complicaciones. Los más frecuentes son leves, como la distensión abdominal, que cede con la expulsión de aire. Otros efectos secundarios son más raros: reacción alérgica, flebitis, hemorragia, perforación, dolor abdominal, hipotensión, aspiración bronquial; algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamiento quirúrgico y dejar secuelas definitivas. Otra complicación que puede ser grave son las infecciones como consecuencia de una perforación, que dependerá del lugar anatómico en que se produzca y puede obligar a tratamiento médico o quirúrgico. Son excepcionales las complicaciones más graves: arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria. En casos muy excepcionales, la colonoscopia puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.

He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, alergias y enfermedades. El médico me advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica), existencia de prótesis, marcapasos, mediaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.

Otros riesgos o complicaciones personalizados que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:_____.

Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:

_____.

Autorizo al equipo médico a modificar la técnica endoscópica programada si en el momento del acto endoscópico surgiera algún imprevisto.

Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni de los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me paute el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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. He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

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

Y en tales condiciones CONSIENTO:

En_____***(Lugar) a***_____***(Fecha)***

FDO. EL/LA MEDICO ***FDO. EL/LA PACIENTE*** ***FDO.EL REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO***