



Complejo Asistencial Universitario de Palencia

Sacyl

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA

## COLONOSCOPIA



Nº de CONSENTIMIENTO:

Nº REVISIÓN:

Fecha de actualización:

**PACIENTE:**

**D.N.I.:**

**Pegar etiqueta**

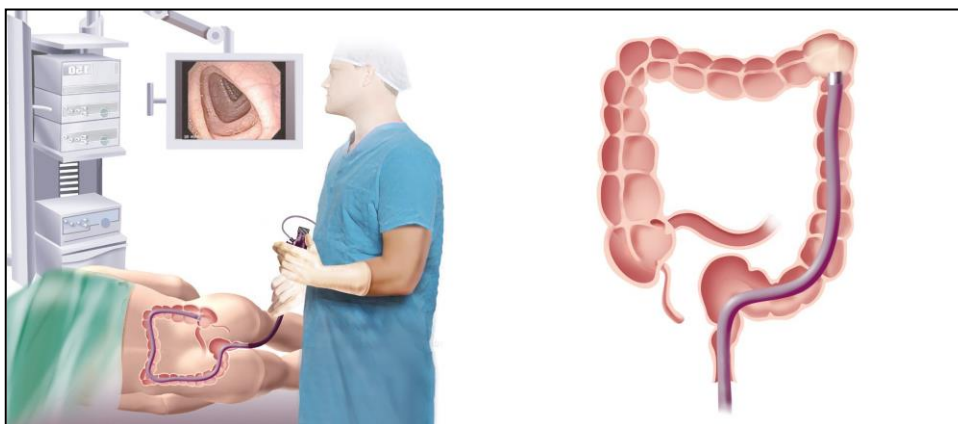
### DECLARO

**Que el/la Doctor/a**.....

*(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)*

**Me ha explicado que:**

- 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 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 habiéndome 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<sub>2</sub>; 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 cardíaca, 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, medicaciones 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 pauté el médico.

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:**

**Expreso mi conformidad a la explicación recibida, la he comprendido y doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el proceso arriba indicado y he recibido una copia de este consentimiento.**

Si usted desea más información de la que aquí se recoge, no dude en pedirla. Lo atenderemos gustosamente y le daremos todo tipo de aclaraciones. No es ninguna molestia para nosotros.

No obstante, esta conformidad podrá ser anulada durante el proceso.

Consiento el tratamiento de mis datos personales que, de acuerdo con la LO 15/1999, son recogidos con la finalidad de gestionar adecuadamente la intervención y su postproceso, e incorporados a los ficheros cuyo responsable es el Complejo Asistencial de Palencia. Puedo ejercer mis derechos de: acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Gerencia del Complejo Asistencial de Palencia.

**En prueba de lo cual firmo.**

Palencia, a día  
Firma

**MÉDICO INFORMADOR:**

**Declaro haber informado correctamente al enfermo.**

Dr  
Nº de COLEGIADO

PONER SELLO  
Firma:

**REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR:** por incompetencia o incapacidad del enfermo declaro haber sido informado correctamente y consiento la intervención

Nombre DNI

Firma:

**OBSERVACIONES DEL PACIENTE / FAMILIAR / REPRESENTANTE LEGAL:**

.....  
**Expreso mi NO CONSENTIMIENTO a que se me realice dicha intervención.**

Nombre DNI

Fecha Firma:

**TESTIGO DEL NO CONSENTIMIENTO, en su caso:**

Nombre DNI

Fecha Firma:

**ANULACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:** Deseo revocar el consentimiento dado previamente.

Nombre DNI

Fecha Firma:

---