



Sacyl

Complejo Asistencial Universitario de Palencia

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA



Nº de CONSENTIMIENTO:

Nº REVISIÓN:

Fecha de actualización:

PACIENTE:

D.N.I.:

Pegar etiqueta

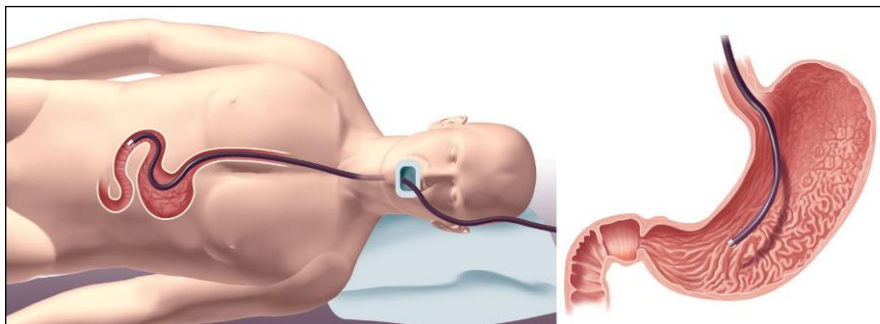
DECLARO

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 consiste en la visualización de la pared del esófago, estómago y duodeno con el objeto de poder diagnosticar y, en ocasiones, tratar los posibles procesos que afecten a este tramo del tubo digestivo.
- 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.
- El médico me ha explicado que la intervención consiste en la introducción por la boca, excepcionalmente por la nariz, de un endoscopio flexible y con un diámetro de aproximadamente 1 cm que nos va a permitir visualizar el tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno), permitiéndonos valorar detalles que no se aprecian con otras técnicas de imagen y diagnosticar diferentes enfermedades que afecten a estos órganos. En el mismo acto pueden tomarse pequeñas muestras de tejido (biopsia) para su estudio e informe posterior. La exploración se realiza estando el paciente en ayunas.
- El médico me ha informado que las técnicas o procedimientos diagnósticos alternativos son, fundamentalmente, radiológicos, pero no consiguen la precisión diagnóstica que alcanza la gastroscopia y, además, con estas técnicas alternativas no se pueden realizar biopsias ni practicar tratamientos endoscópicos.
- 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 CO₂; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. También puede aparecer: malestar, náuseas, molestias en la garganta. 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, tales como distensión y dolor abdominal, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o, excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (accidente cerebrovascular agudo), daños dentales y subluxación maxilar. Algunas de estas complicaciones pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico. En casos muy excepcionales, la gastroscopia 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, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), 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 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:
- Igualmente autorizo al equipo médico, a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.
- Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni 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: