



**Casanova, Contreras, Alberdi.
Digestivos Integrales**

UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA
endoscope@hotmail.es

Tlfno citación: 915747178 / 636371166

CONSENTIMIENTO INFORMADO SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

He informado al paciente y/o representante que este documento tiene como finalidad informar acerca del proceso de sedación por el equipo de endoscopia digestiva, sus ventajas y riesgos, para que pueda tomar la decisión libre y voluntaria de autorizar dicho proceso. También he informado de los cuidados tras el procedimiento así como que **ES IMPRESCINDIBLE QUE ACUDA ACOMPAÑADO** de otra persona adulta que se haga responsable del paciente tras la exploración endoscópica.

Objetivo: La sedación consiste en proporcionar un estado pasajero de disminución ó pérdida de consciencia (sin alcanzar los niveles de la anestesia general) y de analgesia (ausencia de dolor), mediante la administración de fármacos hipnóticos, sedantes y/o analgésicos durante la exploración endoscópica.

Descripción: Se realizará punción de una vena en una extremidad superior para la introducción posterior de un catéter por el que se administrarán los sueros y fármacos necesarios según la situación del paciente y la exploración endoscópica prevista. Además para su seguridad se monitorizarán sus constantes vitales durante la realización de la exploración. El control de la sedación se realiza por parte del personal médico y de enfermería de la Unidad. El nivel de consciencia de cada paciente es individual, por lo que puede ocurrir que en algún momento del procedimiento puede oír voces o notar como lo movilizan.

Riesgos típicos: Inflamación del sitio de punción, hematoma y/o irritación de la vena puncionada; hipoxemia (reducción del oxígeno sanguíneo); hipoventilación (disminución frecuencia respiratoria); hipotensión; bradicardia o taquicardia; aspiración broncopulmonar de secreciones orales o gástricas; reacciones vegetativas (náuseas, vómitos, mareo...); alteración de la concentración y/o memoria tras el procedimiento; reacciones alérgicas a fármacos; espasmos laríngeos; retención urinaria, tos, hipo, alteraciones visuales, parada cardio-respiratoria.

Riesgos personalizados: La posibilidad de que alguna de estas complicaciones aparezca aumenta en relación a factores como edad avanzada, enfermedades previas (cardiacas, pulmonares...), hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, drogas), medicación concomitante, embarazo y obesidad.

Previo a la realización del procedimiento se le realizará la valoración de los factores de riesgo y, en caso necesario, que complicaciones pueden presentarse de forma individualizada.

Alternativas posibles a esta intervención son:

- Realizar la exploración SIN SEDACIÓN.
- Realización de la exploración bajo anestesia general o loco-regional, con los riesgos asociados a ambas modalidades, previa valoración y control por una Unidad de Anestesia.

Si en el momento de la intervención surgiera algún imprevisto o complicación el equipo médico decidirá y efectuará los actos médico-quirúrgicos pertinentes e indispensables para proceder sobre los mismos.



**Casanova, Contreras, Alberdi.
Digestivos Integrales**

**UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA
endoscope@hotmail.es**

Tlfno citación: 915747178 / 636371166

CONSENTIMIENTO INFORMADO SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

DECLARACIONES Y FIRMAS CONSENTIMIENTO

D/D^a **DNI**

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia doy consentimiento para su realización.
- He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento, aceptando firmar la revocación en caso de que esto suceda.

Fecha:

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

Nombre..... DNI/NIF.....

En calidad de..... autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Fecha:

Firma del representante legal

REVOCACIÓN

D/D^a **DNI**

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo que se me realice la exploración.

Fecha:

Firma del paciente

Firma del médico

Firma del representante legal

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Igualmente he sido informado sobre la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, y el hecho de que este consentimiento informado será objeto de tratamiento en el fichero denominado "HISTORIAS CLINICAS" para poder prestarle el servicio de salud solicitado. Todos los datos solicitados son obligatorios. He sido informada sobre la posibilidad de ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, dirigiéndose, adjuntando copia del DNI, a la dirección: CASANOVA CONTRERAS ALBERDI, DIGESTIVOS INTEGRALES S.L. en CL DOCTOR ESQUERDO, 59-4ºB, 28007-MADRID, adjuntando copia de su DNI.