

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GASTROSCOPIA

DON/DOÑA..... Y DNI.....

o

DON/DOÑA..... Y DNI.....

En calidad de representante legal, familiar, o allegado de

DON/DOÑA.....

### DECLARO:

Que el Dr./Dra. .... me ha explicado que es conveniente que esté informado/a en lo que conlleva la realización de una GASTROSCOPIA U ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

1/ Se trata de una técnica indicada por su médico por sospecha o para descartar enfermedad del tubo digestivo. La prueba sirve para ver el esófago, el estómago y parte de duodeno con un endoscopio (un tubo largo, flexible y fino con una luz en la punta). Para realizar la prueba se tumbará del lado izquierdo y se le colocará un dispositivo entre los dientes para asegurar la apertura de la boca (abrebocas) por donde se introducirá el endoscopio; al llegar a la garganta puede notar leves náuseas. A partir de este momento se progresará el endoscopio introduciendo aire; notará molestias faríngeas, náuseas y eructos. Se le indicará que no trague saliva y respire tranquilamente. Así permanecerá durante los minutos que dure la exploración.

Durante la exploración puede ser precisa para completar el diagnóstico la toma de biopsias. En ocasiones, si se aprecia la existencia de pólipos (formaciones que sobresalen de la pared del tubo digestivo), se procederá a su extirpación a criterio del endoscopista.

En caso de que exista hemorragia en una lesión, la técnica permitirá en muchas ocasiones tratar el punto sangrante (úlceras, várices, etc...) por diversos métodos: con inyección a través de una aguja de sustancias o fármacos que favorezcan su cese, con la aplicación local de calor u otros medios físicos, mediante la colocación de una pinza para presionar el punto (hemoclips) o mediante la aplicación de bandas elásticas.

2/ Deberá acudir en **ayunas (sólidos y líquidos incluyendo agua) de al menos 8 horas**. Aconsejamos acuda acompañado de un adulto.

Avisé si presenta alguna enfermedad asociada, especialmente cardiorrespiratoria, diabetes, epilepsia, alteración de la agregación/coagulación de la sangre, alergias y medicación que tome. Infórmenos si es portador de marcapasos y/o prótesis metálica.

En ocasiones determinados medicamentos deberán suspenderse días antes. El médico le especificará en cada caso.

3/ A pesar de la adecuada indicación de la técnica, la toma de todas las medidas necesarias para evitar acontecimientos adversos y su correcta realización, pueden presentarse complicaciones como mareo, dolor abdominal pasajero, trastornos del ritmo cardíaco, hemorragia, perforación, infecciones, paso de contenido gástrico a pulmón. Excepcionalmente podrían producirse accidentes cerebrovasculares, trastornos respiratorios e incluso parada cardiorrespiratoria y muerte. Algunas de estas complicaciones pueden ser graves y requerir tratamiento médico y a veces cirugía, estando este centro preparado para atenderlas de forma adecuada si se produjesen.

4/ Existe la alternativa clásica del estudio radiológico mediante papilla de bario, que hoy día, tienen menor capacidad diagnóstica y no permite la toma de biopsias.

5/ Se intentarán realizar todas las exploraciones con sedación, salvo contraindicaciones o petición expresa del paciente, también se me ha informado sobre los posibles riesgos.

He comprendido/a las explicaciones acerca de la exploración, sus riesgos y sus posibles alternativas y estoy satisfecho con la información recibida, habiéndome aclarado todas mis dudas.

No obstante puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón y, sin que ello suponga un deterioro en la calidad de la asistencia recibida.

POR ELLO, MANIFIESTO QUE ESTOY SATISFECHO CON LA INFORMACION RECIBIDA, Y QUE COMPRENDO EL ALCANCE Y LOS RIESGOS DEL TRATAMIENTO Y EN TAL CASO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE GASTROSCOPIA.

Madrid, ..... de ..... de .....

Fdo.: El/la MEDICO

Fdo.: El/la PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha \_\_\_\_\_ revoco el consentimiento prestado para la realización de esta exploración.

Fecha y firma del médico que informa:

Fecha y firma del paciente:

En caso de incapacidad del paciente: Fecha, nombre, DNI y grado de parentesco del representante legal o de la persona en quien haya delegado.