

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLONOSCOPIA

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 COLONOSCOPIA

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 intestino grueso y, en ocasiones, el final del Intestino delgado con un endoscopio (un tubo largo, flexible y fino con una luz en la punta). Para realizar la prueba se tumbará de lado izquierdo y se le aplicará una crema lubricante en región anal para la exploración manual y facilitar la entrada y avance del endoscopio. A partir de este momento se progresará el endoscopio Introduciendo aire. Durante la exploración podrá Indicársele que cambie de posición ayudado por nuestro personal.

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 de sustancias o fármacos a través de una aguja 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/Durante la exploración, debido a la introducción de aire puede notar retortijones e Incluso dolor abdominal en caso de realizarse sin sedación. Hay determinadas circunstancias que pueden hacer recomendables o necesaria la sedación. También se me han informado de los posibles riesgos de la sedación.

3/ Deberá acudir de acuerdo a como se le Indica en la hoja de Instrucciones. Aconsejamos acuda acompañado de un adulto. Avise 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.

4/ 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 por regurgitación. 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 producen.

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

He comprendido 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.

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.

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.