

COLONOSCOPIA: CONSENTIMIENTO INFORMADO:

1.- Es una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon), y en ocasiones los últimos centímetros de íleon terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. En ocasiones, si se detecta una lesión sangrante o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos.

2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, puede hacer recomendable o necesaria la sedación o la anestesia con o sin intubación de la vía aérea, administrada por personal cualificado del equipo de endoscopia o anestesiistas. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación o la anestesia

3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción anorrectal del endoscopio, se progresa por el colon examinando su pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar muestras de tejido (polipectomías, biopsias o citología) para su análisis histológico, citológico o microbiológico.

4.- Las complicaciones son excepcionales. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, secundarias a la exploración o a la sedación, como distensión abdominal, mareo, hemorragia, perforación, infección, dolor abdominal, hipotensión, aspiración bronquial, reacción alérgica y flebitis y/o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin una correcta preparación del colon. También me ha advertido la necesidad de avisar de medicinas que esté tomando y de posibles alergias medicamentosas o alimentarias, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente.

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar una biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica (pólipo) o realizar otras técnicas terapéuticas. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración (fundamentalmente antiagregantes plaquetarios y/o anticoagulantes) y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

**ALERGIAS, ENFERMEDADES O RIESGOS MANIFESTADAS POR EL
PACIENTE O RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES:**

Le recordamos que los datos personales que nos facilita quedarán recogidos en un fichero titularidad de UNIDAD AVANZADA DE ENDOSCOPIA Y A. DIGESTIVO DR PAYERAS, SL, con domicilio en C/ Joaquín Costa 28, 28002 Madrid, cuya finalidad es la de prestarle asistencia sanitaria.
Puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la dirección indicada anteriormente.

CONSENTIMIENTO

Yo, D. /D^a

como (marcar lo que proceda): PACIENTE/ REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR una vez he sido debidamente informado por el médico de todos los aspectos arriba mencionados, expreso de forma libre, voluntaria y consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, mi CONSENTIMIENTO para el procedimiento diagnóstico/terapéutico propuesto, conociendo que en cualquier momento puedo revocar libremente este Consentimiento.

Manifiesto mi consentimiento,
Firma del paciente/Representante legal o tutor

Firma del médico responsable

Nº Colegiado

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo D./D^a

como (marcar lo que proceda): PACIENTE/ REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR una vez he sido debidamente informado por el médico de todos los aspectos mencionados en el presente documento, expreso de forma libre, voluntaria y consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, mi REVOCACIÓN a que se realice el procedimiento diagnóstico o terapéutico referido en el presente documento.

Manifiesto mi revocación,
Firma del paciente/Representante legal o tutor

Firma del médico responsable

Nº colegiado

NEGATIVA AL PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Yo D./D^a

como (marcar lo que proceda): PACIENTE/ REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR una vez he sido debidamente informado por el médico de todos los aspectos mencionados en el presente documento, expreso de forma libre, voluntaria y consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, mi NEGATIVA a que se realice el procedimiento diagnóstico o terapéutico referido en el presente documento.

Manifiesto mi negativa al procedimiento propuesto,
Firma del paciente/Representante legal o tutor

Firma del médico responsable

Nº colegiado