

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PANENDOSCOPIA ORAL

La gastroscopia es una técnica endoscópica que nos permite diagnosticar diferentes enfermedades que afectan al esófago, estómago y primeros tramos del intestino. La prueba se realiza, habitualmente, con el paciente acostado sobre su lado izquierdo y, tras la introducción oral del endoscopio (a través de un abreboocas) se visualiza la pared del esófago estómago y duodeno. También permite la introducción de ciertos utensilios (pinzas, agujas,) necesarios para la obtención de biopsias o realizar cualquier otro tipo de terapéutica (extraer pólipos, cauterizar úlceras o lesiones sangrantes, colocación de prótesis...).

2.- La utilización de fármacos sedantes, analgésicos y/o anestésicos tópicos por parte del equipo de endoscopia o por el de anestesia previa y durante esta exploración permite llevarla a cabo en condiciones de máxima confortabilidad para el paciente. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación.

3.- Las complicaciones son excepcionales. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto por la exploración como por la sedación, 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, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

4.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin estar el paciente en ayunas. También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas o alimentarias, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma, uso de CPAP...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente.

5.- 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 biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica 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 (principalmente 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 O PROFESIONALES:**

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<sup>a</sup>.....

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

### REVOCAION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D/D<sup>a</sup>.....

como (marcar lo que proceda):  PACIENTE/  REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR revoco libremente el consentimiento informado firmado 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<sup>a</sup>.....

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