

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PACIENTE Y PREPARACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA-DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA

PACIENTE:

Don/Doña: _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y DNI _____

Don/Doña: _____ de _____ años de edad Con domicilio en _____ y DNI _____

En calidad de _____ de _____

Este documento informativo pretende explicar, de una forma sencilla, el procedimiento denominado COLONOSCOPIA, así como los aspectos más importantes que como consecuencia del procedimiento pueden aparecer.

La COLONOSCOPIA es una técnica que se utiliza para el diagnóstico de lesiones del recto y colon. Su realización implica la introducción de un endoscopio flexible a través del ano, y aunque en ocasiones puede ser sustituida por estudios radiográficos (enema opaco), esta exploración es más sensible y específica para la mayoría de las posibles lesiones...

La exploración se realiza de forma ambulatoria. Para que pueda hacerse en las mejores condiciones es imprescindible que realice Vd. correctamente la preparación indicada, pues de lo contrario, podría ser necesaria su repetición.

Si padece usted enfermedades de la sangre, corazón, riñón, alergias a medicamentos, está tomando medicinas anticoagulantes como el Sintrom o está embarazada, deberá advertirlo antes de comenzar la prueba al médico endoscopista o al personal de enfermería.

En muchos casos es necesario administrar una sedación o anestesia por vía intravenosa previamente o durante la realización de la exploración, por lo que se le indica que debe venir acompañado de otra persona y prever que si se le administra sedación o anestesia, no deberá conducir ni realizar actividades físicas en las 12 horas siguientes.

La realización de la colonoscopia conlleva la introducción de aire en el colon, por lo que después de ella podrá notar su vientre hinchado y quizás dolor abdominal. Si este fuera intenso y continuo o presentase emisión de abundante sangre por el ano, debe acudir para ser valorado por un Servicio de Urgencias.

La realización de una colonoscopia, al igual que otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos, tiene asociado un riesgo de fracaso y la posibilidad de que surja alguna complicación, en especial si la endoscopia es terapéutica (perforación, hemorragia) y en relación con la sedación (flebitis, depresión respiratoria aguda, arritmia incluso parada cardiorrespiratoria).

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. No se me han garantizado de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos y terapéuticos propuestos

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto debiendo comunicarlo de forma fehaciente al equipo medico actuante. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración. Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsias-citologías y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o fotocoagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma. Así como en la aplicación o inyección de sedantes o anestésicos que sean aconsejables para realizar la prueba, declara que no es conocedor de padecer enfermedad o proceso no manifestado previamente, que pueda interferir en el normal desarrollo y evolución de la prueba.

En _____ a _____

Fdo. El/la Médico

Fdo. El/la Paciente

Fdo.: El Representante Legal, Familiar o Allegado