

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Don/Doña: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en _____ y DNI _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: _____ de _____ años de edad
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en _____ y DNI _____
(Domicilio del representante legal)

En calidad de _____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

- La endoscopia es una técnica que nos permite diagnosticar múltiples enfermedades del aparato digestivo introduciendo un endoscopio flexible por la boca, así como tomar biopsias y realizar terapéutica.
- Esta prueba se realiza sin anestesia general, pero puede ser necesario administrar medicamentos que reducen el dolor y tranquilizan, ya que en algún momento pudiera resultar molesta o dolorosa. (Si es usted alérgico a algún medicamento debe comunicárselo a su médico y al médico que realice la prueba antes de comenzar ésta).
- Las Sociedades Españolas de Anestesiología y Reanimación, y de Alergología e Inmunología Clínica y los expertos de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, desaconsejan la práctica sistemática de pruebas, de alergia a los medicamentos por considerar que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacción adversa a los mismos.
- **En ocasiones durante la endoscopia se diagnostican lesiones que necesitan ser biopsiadas o extirpadas,** así como la realización de biopsias para determinar la presencia de Helicobacter pylori [bacteria implicada en el origen de la mayoría de las úlceras].
- La realización de una endoscopia conlleva el riesgo de complicaciones como perforación y hemorragia (especialmente en caso de existir varices esofágicas), aspiración o entrada accidental en vía respiratoria. **Afortunadamente se trata de un riesgo pequeño y lo habitual es que el único efecto secundario sea la propia molestia de la prueba,** y he expuesto que padezco
....., que podría influir en los resultados.
- Estas complicaciones, en general no precisan más que vigilancia en el hospital y raramente pueden precisar una intervención quirúrgica para solucionarla.
- Si se realizó una polipectomía (resección de un pólipo), con el fin de detectar en sus primeros momentos las complicaciones y poder actuar en consecuencia para solucionarlas, es por lo que recomendamos que estén en reposo relativo las horas siguientes a la prueba y acudan inmediatamente al Servicio de Urgencias si observan sangrado o dolor abdominal intenso tras la realización de la exploración.
- **D /D^a.** _____ **(en calidad de paciente o responsable legal)** ha sido informado satisfactoriamente de los riesgos y beneficios de la endoscopia y acepto la realización de esta prueba así como la utilización de todos los actos necesarios para mi tratamiento.
- Doy mi consentimiento para que se me administre la premedicación necesaria para la realización de la gastroscopia.
- Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- **En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización de la endoscopia a realizar por el Dr.** _____ **. No obstante, este consentimiento Podré retirarlo en cualquier momento antes del inicio de la exploración.**

Firma del Médico

Firma del Paciente / Representante

Madrid, a ____ de _____ de _____

D. N. I.