

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

DON/DOÑA.....de.....de edad, con domicilio en.....y DNI.....o DON/DOÑA.....de.....de edad, con domicilio en.....y DNI.....en calidad de.....(representante legal, familiar o allegado), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente informado/a, en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad y, en consecuencia, autorizo al Dr./Dra./Dres., para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico denominado:

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

Consiento la administración de medicación sedante o anestésica (en inyección), que sea necesaria o aconsejable para la mejor realización de la endoscopia.

Se me ha explicado y he comprendido los riesgos posibles de la exploración que incluyen: dolor abdominal tras el procedimiento, pancreatitis aguda que puede ser grave, hemorragia inmediata, precoz, tardía o perforación, complicaciones derivadas de la sedación profunda o anestesia, derrame pleural o peritonitis. Algunas de estas complicaciones puede requerir intervención quirúrgica. En relación con la sedación o la anestesia general administrada, quedo informado de los efectos adversos que se pueden derivar de su administración y que son náuseas, vómitos, flebitis, reacciones alérgicas, hipotensión, depresión respiratoria, parada cardiorrespiratoria y muerte. Las complicaciones más frecuentes son la pancreatitis aguda, hemorragia y perforación con una incidencia de 6, 2 Y 1%, respectivamente.

No se me han dado garantías de que se logren alcanzar los objetivos diagnósticos y terapéuticos previstos.

He comprendido la naturaleza y el propósito del procedimiento denominado CPRE y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr./Dra./Dres.

Estoy satisfecho/a con la información recibida (beneficios, riesgos, alternativas) y por ello, **doy mi consentimiento** para que se me practique la exploración señalada más arriba.

Entiendo que este documento puede ser **revocado por mí en cualquier momento**, antes de la realización del procedimiento.

En La Laguna, a.....de.....de 2.....

Fdo, El/la paciente

El/la médico
Nº colegiado:

El/la representante legal