



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE DILATACIÓN ESOFÁGICA, PILÓRICA, DUODENAL O COLÓNICA MEDIANTE ENDOSCOPIA

DON/DOÑA.....de.....d e edad, con domicilio en.....y DNI..... o DON/DOÑA..... de.....de...años edad, con domicilio eny 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:

- DILATACIÓN ESOFÁGICA
DILATACIÓN PILÓRICA O DUODENAL
DILATACIÓN COLÓNICA

Consiento la administración de medicación sedante o de otro tipo (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 torácico o abdominal tras el procedimiento, hemorragia (<1%), perforación (0.1 - 3%), complicaciones derivadas de la sedación profunda o anestesia, mediastinitis, derrame pleural o peritonitis. Algunas de estas complicaciones puede requerir intervención quirúrgica. En relación con la sedación 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.

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 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 Nª colegiado:

El/la representante legal