

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA COLONOSCOPIA O RECTOSIGMOIDOSCOPIA

Yo, D/D^a..... como paciente, o
D/D^a.....(como su representante)

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**,

a Dr/a/es....., para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico denominado :

COLONOSCOPIA

Urgente

RECTOSIGMOIDOSCOPIA

y de aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electrocoagulación, termocoagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma.

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

Se me han explicado y he comprendido los **riesgos posibles** de la exploración, que incluyen:

1. Distensión o dolor abdominal: suelen ser frecuentes pero leves y tolerables (remite tras la eliminación de gases).
2. Hemorragia: se asocia a tratamientos como extirpación de pólipos, inyecciones esclerosantes, electrocoagulación o termocoagulación y puede requerir intervención quirúrgica. Ocurre en menos del 1% y la mayoría de las veces se resuelve endoscópicamente.
3. Perforación: suele asociarse a procedimientos terapéuticos (ej: extirpación de pólipos, dilataciones, etc.) y puede requerir intervención quirúrgica. Ocurre en menos del 1% de las dilataciones y en menos de 1 de cada 1000 polipectomías. Puede suceder también en exploraciones diagnósticas al introducir el endoscopio y en nuestra experiencia ocurre en menos de 1/5000 casos.
4. Sedación: a) dificultad respiratoria y/o hipotensión arterial que suelen ser reversibles; b) Parada cardiorrespiratoria: se presenta en menos del 1/1000; en el Servicio de Aparato Digestivo del HUC no se ha registrado ningún caso en los últimos 5 años.
5. Flebitis, y reacciones alérgicas si es necesario administrar medicación en inyección.

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.....

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.

La Laguna a de del 2006

(Firmas) del paciente o representante legal

Médico :
Col. N°