

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENDOSCOPIA

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

Nombre y Apellido _____ **DNI** _____

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO

Es una técnica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (Colonoscopia) o del esófago, estómago y duodeno (Panendoscopia alta). La exploración a realizar difiere según la patología sospechada. Puede realizarse para el tratamiento de hemorragias del esófago o estómago o para dilatar estenosis ("estrecheces") del tubo digestivo. También se utiliza como tratamiento (terapéutica) para la extirpación de cuerpos extraños, por medio de unas pinzas especialmente diseñadas para su extracción o para realizar durante el examen muestras de biopsia para análisis anatómico patológico a objeto de confirmación diagnóstica, o para la detección de Helicobacter Pylori u otros test específicos histológico de las mismas.

CARACTERISTICAS

Los procedimientos endoscópicos generalmente son realizados bajo sedación, en algunas situaciones se puede optar al uso de anestesia general siempre bajo monitoreo de anestesista.

En caso de que en el procedimiento endoscópico, se encuentre un pólipo de gran tamaño, se requerirá de un procedimiento complementario: POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA, el cual involucra riesgo de complicaciones. Dicho procedimiento se realizará según criterio y experticia del profesional.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión abdominal, mareos, hemorragia, perforación, infección, dolor, hipotensión, y/o excepcionales, como arritmias o complicaciones cardiorrespiratorias.

COMPLICACIONES

- **Poco graves y frecuentes:** para la endoscopia digestiva alta se introduce aire en el estómago, lo cual puede molestar al tener el abdomen distendido y quizá presentar molestias abdominales. Si apareciera dolor intenso al concluir la exploración o en las horas siguientes, deberá ser visto por su médico, o acudir a urgencias. Asimismo, puede presentarse dolor al tragar en las horas siguientes tras la exploración y la aparición de algo de sangre en la saliva o en el vómito, que cede espontáneamente.
- **Graves y poco frecuentes:** se pueden producir complicaciones graves como perforación esofágica o hemorragia que podrían precisar una intervención quirúrgica urgente para la solución de la complicación. Puede aparecer neumotórax (aire en el tórax), mediastinitis (infección grave alrededor del corazón) o sepsis (infección grave en la sangre). Sin embargo, las complicaciones con la endoscopia terapéutica son menos frecuentes que con otros tratamientos alternativos.

OTRAS COMPLICACIONES A TENER EN CUENTA

AL DAR MI CONSENTIMIENTO:

1. Entiendo mi estado de salud y que por indicación médica, dicho procedimiento supone beneficios esperados para mejorar la situación que me afecta. Se me explicó acerca de los métodos diagnósticos alternativos si los hubiese.
2. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.
3. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan. SI NO
4. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO SI Cuál: _____
5. Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.
6. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. (Ley Provincial N°3012 de Recupero Financiero).
7. Acepto que el material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso médico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad.
SI NO

MUY IMPORTANTE

Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida. Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber. Si decidiera no realizarse la intervención, puede rechazarla cuando lo desee y con total libertad.

Al prestar conformidad, usted aceptará las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas, entre las que rige la posibilidad de ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio.

Yo _____, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.
(Marque con una x)

DOY MI CONSENTIMIENTO

NO ACEPTO (En el caso de menores, el Hospital podrá dar intervención al Juzgado si lo considere necesario).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___

Hora: ___:___ hs.

REVOCACIÓN

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 2611).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___

Hora: ___:___ hs.

IMPORTANTE - PROFESIONALES

Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo adjunto.