



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOENDOSCOPIA

No HISTORIA DON/DOÑA.....
de años de edad. CON DOMICILIO
EN y D.N.I. No
DON/DOÑA..... de años de edad. CON
DOMICILIOEN..... y D.N.I. No..... EN CALIDAD
DE (Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del
paciente)

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A me ha
explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una ECOENDOSCOPIA.

1.- Es una técnica mixta, endoscópica y ecográfica, que tiene la finalidad de estudiar lesiones de la pared del tubo digestivo y zonas adyacentes, valorando fundamentalmente la extensión en profundidad. Se utiliza también para el estudio de algunos procesos que afectan al área pancreática o biliar.

2.- El procedimiento se realiza siempre con indicación del médico especialista. Dado el mayor calibre del endoscopio y duración de la técnica, suele realizarse con sedación, anestesia y/o la utilización de un anestésico tópico. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación, de la anestesia y de la anestesia
tópica.

3.- Con el paciente en decúbito (acostado), se introduce el ecoendoscopio en el tubo digestivo progresando hasta la zona o lesión que queremos estudiar. Hay que hacer constar que el instrumento es de mayor diámetro por llevar incorporado el sistema ecográfico en su punta. Puede ir seguida de alguna actuación terapéutica
(punciones, etc.).

4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión y dolor abdominal, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales, subluxación mandibular, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, cuando exploramos el intestino grueso puede ser necesaria su realización sin una correcta preparación. También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como.....



6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/ tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido ha permitido realizar todas las observaciones yaclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración. Y en tales condiciones COÑSIEITO que se me realice una ECOENDOSCOPIA y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (punción citológica, toma de biopsias, toma de muestras para cultivo, etc.), como terapéuticos (drenaje de quistes y absesos, punción del plexo celiaco, realización de comunicación del tubo digestivo con la vía biliar y/o pancreática, inyección desubstancias y dispositivos antitumorales, etc)

En Vigo, ade 201..

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACIÓN

DON/DOÑA DE AÑOS DE EDAD, CON DOMICILIO
EN y D.N.I.
NoDON/DOÑA..DE.....AÑOSDEEDAD, CON DOMICILIO
EN y D.N.I. No
EN CALIDAD DE (Representante legal, familiar o
allegado) DE Revoco el
consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el
tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En . En Vigo, ade 201...

Fdo: EL MÉDICO

Fdo: EL PACIENTE

Fdo: EL REPRESENTANTE LEGAL