



Consentimiento Informado para Polipectomía endoscópica

Consentimiento informado:

Tras las exploraciones que hasta ahora su médico ha llevado a cabo, existe una alta probabilidad de que usted presente un pólipo en el tubo digestivo. Estos pólipos pueden extraerse mediante intervención quirúrgica o mediante un procedimiento endoscópico denominado polipectomía. Su médico le propone esta pequeña intervención endoscópica. Usted debe conocer los riesgos de la misma antes de dar su consentimiento. **Esta hoja suplementa a la hoja de información sobre endoscopia digestiva alta o baja** y pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerla tiene alguna duda, coméntela con su médico. Después, firme este documento si da su consentimiento para la realización de la prueba.

¿Cómo se realiza la polipectomía?

Siguiendo el mismo procedimiento explicado para la endoscopia, se introduce un pequeño instrumento eléctrico de corte y coagulación (el asa de polipectomía). Mediante dicho instrumento se captura el pólipo y se extrae para su análisis al microscopio.

¿Qué complicaciones son posibles?

La polipectomía endoscópica es un tratamiento rutinario de bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de Riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad:

Además de las complicaciones propias de la endoscopia, la realización de una polipectomía eleva el riesgo de desarrollar una hemorragia y de perforación aunque estos riesgos siguen siendo bajos. Otras complicaciones posibles más inusuales son arritmias cardíacas, apoplejías, mediastinitis, peritonitis, etc.

Para evitar el riesgo de sangrado se realiza un estudio de coagulación antes de la polipectomía. En el caso de estar alterada no se realizará este procedimiento.

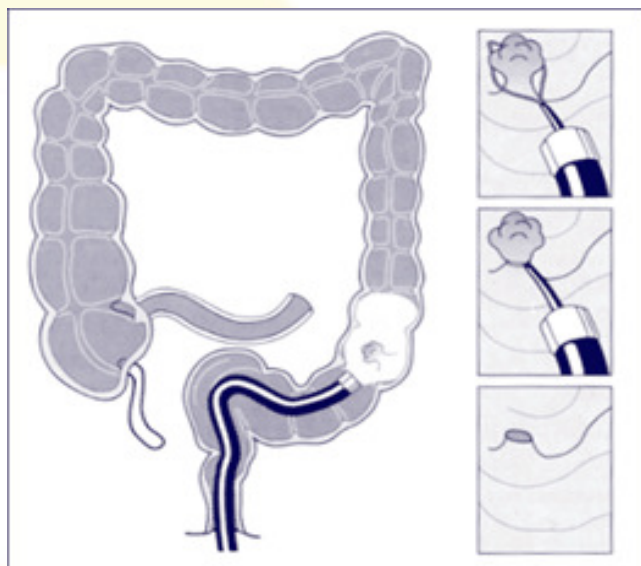
Si usted está tomando algún tipo de tratamiento que altere la coagulación debe señalárselo a endoscopista (Sintrom, Aspirina, Clexane, Adiro, Plavix, Tiklid, Iscover, etc).

Alternativas

Pregúntele a su médico todas sus dudas y otros aspectos importantes. Este le explicará las posibles alternativas como la cirugía que tampoco está exenta de riesgos. No obstante el procedimiento que se me ha recomendado es el mejor en mi caso por:, como p.ej.

Riesgos especiales :

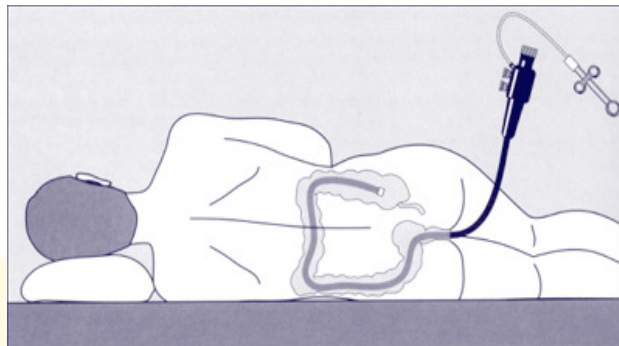
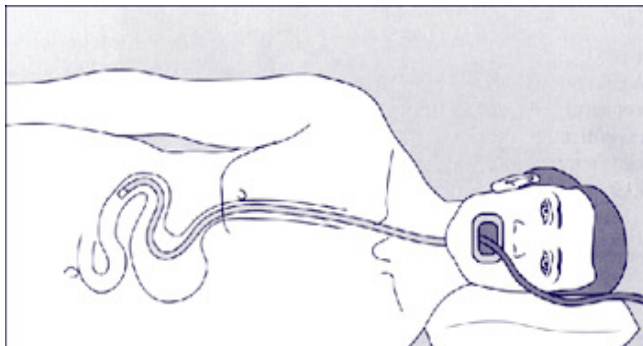
Por lo tanto, he sido advertido de que en situación vital actual pueden existir riesgos personalizados que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de las complicaciones.



Estos riesgo son:

Efectos previsibles de la no realización

Me han comunicado que las consecuencias de la no realización de ninguno de los procedimientos posibles



Sr. /Sra. _____ como paciente

Declaro:

Que he sido debidamente informado/a por **mi médico**, y que he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas con el **Dr. David Martínez Ares**, que es necesario que se me efectúe una **Polipectomía ENDOSCÓPICA**. Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas (Anexo), sobre la naturaleza y propósito del procedimiento, beneficios, riesgo, alternativas y medios con los que cuenta el Hospital para su realización.

Manifiesto.

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

Y tras el adecuado periodo de reflexión
CONSIENTO
a que se me realice el citado procedimiento.

Y tras el adecuado periodo de reflexión
NO CONSIENTO
a que se me realice el citado procedimiento.

En Vigo a _____ de _____ de 200 _

Firma del Médico

Dr. David Martínez Ares

REVOCACIÓN: con fecha de _____ revoco el consentimiento prestado y **NO CONSIENTO** someterme al procedimiento, que doy por finalizado.

***Representante legal**, por incapacidad del paciente debido a _____

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad con D.N.I. _____ y

Domicilio en _____ En calidad de (parentesco): _____