

# Consentimiento informado para Gastroscofia

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

## Nº HISTORIA:

Nombre y apellidos del paciente: .....

Nombre y apellidos del representante (si procede): .....

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Sí  No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: .....

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

**En qué consiste:** es una técnica con la que se pretende ver la pared del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno) con el objetivo de diagnosticar posibles enfermedades y poder instaurar el tratamiento oportuno. Si durante su realización se detecta una lesión sangrante u otras lesiones, puede realizarse actuaciones sobre ellos.

**Cómo se realiza:** debe estar en ayunas desde 8 horas previas a la exploración. También puede ser necesario utilizar una anestesia local o un sedante. Es conveniente que acuda acompañado a la realización de la prueba.

Con el paciente generalmente tumbado sobre el lado izquierdo, se introduce un tubo flexible por la boca con la ayuda de un abrebocas, (FIGURA 1) y se va progresando por el esófago, estómago y duodeno. Si durante la exploración se detectan zonas anómalas se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis histológico o microbiológico.

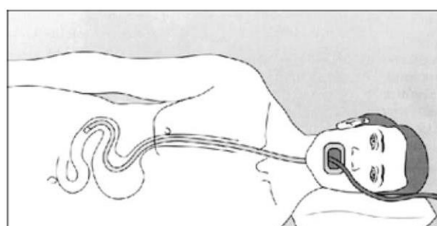


FIGURA 1

**Cuánto dura:** la duración es variable, según sea una exploración diagnóstica o terapéutica, con anestesia local o sedación y si hay o no complicaciones. Habitualmente dura un máximo de 30 minutos.

## ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

### Riesgos generales

Pueden presentarse efectos indeseables, sobre todo en la terapéutica. Con frecuencia pueden aparecer náuseas y vómitos sensación de presión y molestia en el abdomen por el aire que se introduce. Complicaciones como hemorragia, perforación, infección, aspiración, hipotensión son raras y pueden requerir tratamiento médico o quirúrgico. Excepcionalmente se pueden producir arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ictus (accidente cerebrovascular agudo) y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

Debe avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

### Riesgos personalizados

Además de los riesgos anteriormente citados por las enfermedades que padece puede presentar otras complicaciones .....

## BENEFICIOS A CORTO Y MEDIO PLAZO

Llegar al diagnóstico de su enfermedad e instaurar tratamiento oportuno.

## ¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

La realización de radiografías con contraste (enema opaco) da menos información y no permite la extirpación de pólipos o la toma de biopsias.

## ¿NOS AUTORIZA?

Por este documento solicitamos su autorización para realizarle el procedimiento y/o prueba, y usar imágenes e información de su Historia Clínica con fines docentes o científicos. Su anonimato será respetado.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, puede preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Por el presente documento, el paciente queda informado de que los datos recogidos en este impreso, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento UE 2016/679, serán tratados con la única finalidad de entablar la relación sanitaria, clínica y administrativa con usted. Si lo desea tiene derecho a acceder, rectificar, cancelar y a oponerse a aquellos tratamientos que usted no desee, para ello deberá de enviar un escrito a la dirección del centro o a la dirección de correo electrónico: [cmed@cmed.es](mailto:cmed@cmed.es), adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa  
Dr/a: .....

Colegiado nº ..... Fecha: ...../...../.....

Firma del paciente  
D/Dª: .....  
Fecha: ...../...../.....

D./Dª: ....., con DNI: ..... en calidad de .....  
a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante  
Fecha: ...../...../.....

En caso de denegación o revocación de este consentimiento, debe manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que le atiende.



### DIRECCIÓN

Oquendo 23 Bajo 2  
28006 Madrid  
Tel: 91 562 02 90

### CONTACTO

Tel.: 91 562 02 90  
Email: [cmed@cmed.es](mailto:cmed@cmed.es)  
[www.cmed.es](http://www.cmed.es)

### SOCIAL

/CentroMedico  
EnfermedadesDigestivas  
 @TWC MED  
 @cmed\_es

### VIDEOCONSULTA

También disponible por  
 VIDEOCONSULTA  
Más info: [cmed.es/e.cmed.php](http://cmed.es/e.cmed.php)