

Consentimiento informado para Manometría Esofágica

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: la manometría esofágica sirve para estudiar los movimientos del esófago y de sus esfínteres superior e inferior, mediante el registro y el análisis posterior de los cambios de presión que se producen en el interior del esófago.

Cómo se realiza: se introduce una sonda fina por la nariz y posteriormente permanecerá tumbado mientras se realizan de forma periódica pequeñas extracciones de la sonda, pidiéndole que trague, tanto en seco como con agua, de tal manera que se van registrando en un ordenador las presiones a diferentes niveles del esófago y se valora su comportamiento. La introducción y el paso de la sonda por la nariz y la faringe (garganta) habitualmente sólo producen escasas molestias y pronto se habituará a la sensación que produce la sonda. Puede darse el caso de imposibilidad de introducir la sonda de manometría por la nariz o intolerancia a la misma, con consecuente fracaso o interrupción prematura de la prueba, aunque estas situaciones son muy poco frecuentes.

La prueba dura menos de una hora y, posteriormente, podrá continuar su actividad habitual. Ante cualquier duda, consulte con su médico o pónganse en contacto telefónico con nosotros.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Riesgos generales:

Dada la ausencia de medicación necesaria durante la exploración y el escaso calibre y la flexibilidad de la sonda precisa para el estudio, no se han presentado complicaciones durante la realización de esta técnica de estudio.

BENEFICIOS A CORTO Y MEDIO PLAZO

No existen otras técnicas para poder llevar a cabo el estudio comentado.

¿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, adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa

Firma del paciente

Dr/a:

D/Dª:

Colegiado nº

Fecha:/...../.....

Fecha:/...../.....

D./D^a:, 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
www.cmed.es

SOCIAL

 /CentroMedico
EnfermedadesDigestivas
 @TWC MED
 @cmed_es

VIDEOCONSULTA

También disponible por
 VIDEOCONSULTA
Más info: cmed.es/e.cmed.php