

Consentimiento informado para Colonoscopia

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 intestino grueso (colon), y en ocasiones los últimos centímetros del intestino delgado (íleon terminal) con el objetivo de diagnosticar posibles enfermedades. Si durante su realización se detecta una lesión sangrante o la presencia de pólipos, pueden realizarse actuaciones sobre ellos.

Cómo se realiza: el día anterior a su realización, se precisa que siga una dieta y tome una solución (se le indicará la más adecuada en cada caso), para dejar limpio el intestino. También puede ser necesario suministrarle un sedante antes de realizarla. Es conveniente que acuda acompañado a la realización de la prueba.

Con el paciente generalmente tumbado sobre el lado izquierdo (ver figura 1), se introduce un tubo flexible por el ano y se va progresando por el colon examinando la pared (ver figura 2). Si durante la exploración se detectan zonas anómalas, se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis histológico o microbiológico.

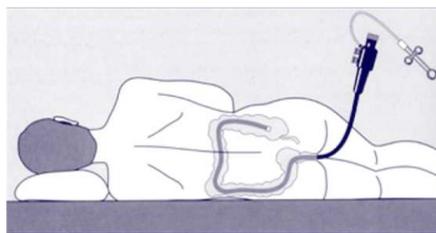


FIGURA 1

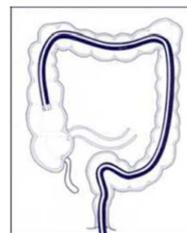


FIGURA 2

Cuánto dura: el tiempo es variable, entre 10 minutos a una hora, ya que depende de la anatomía y la longitud del colon que haya que explorar.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Riesgos generales

Pueden presentarse efectos indeseables. Con frecuencia se puede notar sensación de presión y molestia en el abdomen por el aire que se introduce, mareo y/o somnolencia. Complicaciones como hemorragias, perforación del tracto en estudio, infección, disminución de la tensión arterial son raras, y pueden requerir tratamiento médico o quirúrgico. Excepcionalmente se pueden producir arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que requieren tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo 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, 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
www.cmed.es

SOCIAL

/CentroMedico
EnfermedadesDigestivas
 @TWC MED
 @cmed_es

VIDEOCONSULTA

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