

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.

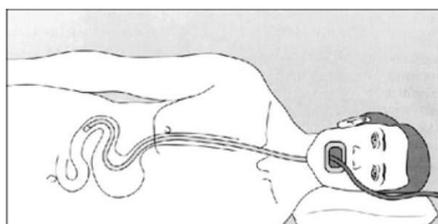


FIGURA 1

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, 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