

Consentimiento informado para Manometría Anorrectal

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 que permite valorar el estado funcional de los esfínteres del canal anal. Este estudio está indicado en pacientes con sospecha de estreñimiento funcional distal, incontinencia e incluso para aquellos que precisen una intervención quirúrgica que pueda actuar sobre los esfínteres anales.

Cómo se realiza: se realiza mediante la introducción de una sonda fina a través del ano, que se coloca en la ampolla rectal y se retira posteriormente a lo largo del canal anal para obtener un registro de la presión existente.

¿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/D^a:

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
 @TWCMED
 @cmed_es

VIDEOCONSULTA

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