

Consentimiento informado Polipectomía Tracto Digestivo

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: en la extirpación de pólipos encontrados en el tracto digestivo superior (esófago, estómago) o inferior (colon) mediante la utilización de un endoscopio (tubo de goma a través del cual el médico ve por dónde va pasando y dónde está el pólipo) y un asa de diatermia (lazo metálico) conectado a una unidad electroquirúrgica, que transmite corriente eléctrica que coagula y corta la lesión.

Cómo se realiza: usted debe seguir la preparación recomendada por su médico para la realización de la intervención, así como avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y, sobre todo, en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación y la anestesia.

Con el paciente acostado sobre su lado izquierdo se introduce el endoscopio (FIGURA 1). Una vez visualizado el pólipo se enlaza con un asa de diatermia que transmite una corriente eléctrica que corta el pólipo y produce coagulación al mismo tiempo (FIGURA 2). El pólipo, una vez extirpado, se recupera si es posible y se envía para su estudio.

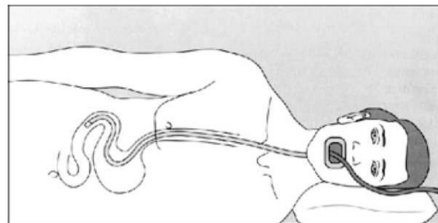


FIGURA 1

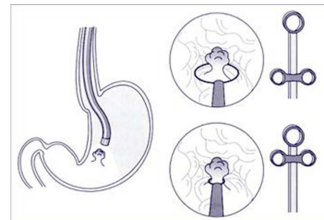


FIGURA 2

Cuánto dura: Variable, depende de la dificultad técnica.

¿QUÉ OBJETIVOS PERSIGUE?

Retirar el/los pólipos del tubo digestivo y poder analizarlo/s.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Riesgos generales

Dolor, infección, hipotensión (bajada de la tensión arterial), perforación, hemorragia, o excepcionales, como arritmias (alteraciones del ritmo cardiaco) o parada cardiaca o respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), neumoperitoneo (paso de aire a la cavidad peritoneal, que es la que recubre los órganos del abdomen), peritonitis (inflamación de la cavidad peritoneal), que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.

Además están los posibles riesgos de la sedación.

Riesgos personalizados

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece, puede presentar otras complicaciones

BENEFICIOS A CORTO Y MEDIO PLAZO

Al retirar el/los pólipos, se pueden analizar y verificar el diagnóstico de su enfermedad. Evitar complicaciones asociadas al pólipo extirpado.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

La intervención quirúrgica

¿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

[f](#) /CentroMedico
 EnfermedadesDigestivas
[t](#) @TWC MED
[i](#) @cmed_es

VIDEOCONSULTA

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