



## CONSENTIMIENTO INFORMADO GASTROSCOPIA

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN PACIENTE

Nombre y apellidos del paciente: ....., n° historia: .....

DNI 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

La Tomografía computarizada es un método diagnóstico que utiliza rayos X, y que permite estudiar con alta precisión muchas áreas del cuerpo humano, obteniendo una gran información sobre posibles enfermedades que afecten a las mismas.

Las imágenes obtenidas son estudiadas e interpretadas por el radiólogo (médico especialista en radiología), que emitirá un informe para el médico que le ha solicitado la prueba. En algunas ocasiones el radiólogo, en función de la información clínica aportada, podrá modificar o incluso no practicar la prueba solicitada, siempre con el objetivo de proporcionar la máxima información clínica con el mínimo riesgo para usted.

### ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

#### Riesgos generales:

Dado que el escáner produce radiaciones, su utilización siempre debe ser muy rigurosa, especialmente en pacientes jóvenes. En *CMED* los protocolos de estudio con la TC están optimizados al máximo para que el nivel de radiación sea el más bajo posible sin perder información diagnóstica alguna. Además, nuestra máquina permite obtener estudios de elevadísima calidad ajustando las dosis de radiación al mínimo.

Si usted es una mujer embarazada o cree que pudiera estarlo, debe advertirlo a nuestro personal antes de someterse a la prueba.

#### 2. Riesgos personalizados:

En algunas ocasiones será necesario practicar la prueba solicitada administrándole un líquido por la boca (**contraste oral**) y/o por la vena (**contraste intravenoso**); estas sustancias se utilizan para conseguir mejorar la calidad de la prueba y ver mejor las posibles lesiones que se van a estudiar. Siempre será el radiólogo el que decida en última instancia si el contraste es necesario o no.

El contraste oral prácticamente no tiene efectos secundarios, salvo que ocasionalmente puede producir un aumento del ritmo intestinal y llegar a provocar una leve diarrea.

El contraste intravenoso actualmente es muy seguro, pero raramente, como cualquier otro medicamento, puede producir efectos secundarios. Los más habituales son muy leves (náuseas, picores, pequeñas reacciones en la piel,...) y no requieren de tratamiento médico, pero de forma excepcional los efectos secundarios son graves o muy graves (éstos últimos son extraordinariamente raros –el porcentaje de fallecimiento es menor de un caso por millón de estudios), requiriendo de asistencia médica inmediata. En nuestra clínica disponemos de los medios técnicos y personal para ofrecerle una asistencia urgente.



NO existe en el momento actual ningún medio eficaz para prevenir o poder predecir este tipo de efectos indeseables. No obstante, si es usted alérgico, debe avisarnos.

También es posible que al tener que pincharle una vena para introducirle el contraste, se pueda producir en alguna ocasión un pequeño hematoma en la zona de punción, que, no obstante, se reabsorberá lentamente sin más complicaciones.

**Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:**

Llegar al diagnóstico de su enfermedad e instaurar tratamiento oportuno.

**¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?**

La realización de ecografías puede en ocasiones ser empleada aunque la información que aporta es insuficiente. También para algunos casos, se puede optar por la resonancia magnética.

**¿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, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

Conforme a lo dispuesto en la LOPD (Ley de Protección de Datos) 15/1999 de 13 de diciembre se informa que sus datos serán objeto de tratamientos e incorporados a ficheros del CENTRO con fines asistenciales, de gestión investigación científica y docencia. Solo podrán ser cedidos a organismos autorizados. Podrá ejercer el derecho a acceso, cancelación, rectificación y oposición.

**Relativo al paciente:**

D./D.<sup>a</sup> ..... con D.N.I. ....

He sido informado/a suficientemente del procedimiento que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas; la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida.

Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicho procedimiento por el médico responsable y/o médico residente supervisado por facultativo especialista. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

Firma del paciente

Fecha: .....



**Relativo al médico que la realiza:**

Dr./Dra. .... he informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico

Fecha: .....

**Relativo a los familiares y tutores:**

El paciente D./Dña. .... no tiene capacidad para decidir en este momento.  
D./D<sup>a</sup>. .... con D.N.I. .... y en calidad de ..... he sido informado/a suficientemente del procedimiento que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del tutor o familiar

Fecha: .....