



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

· **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 (a través de un abrebocas (ver 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.

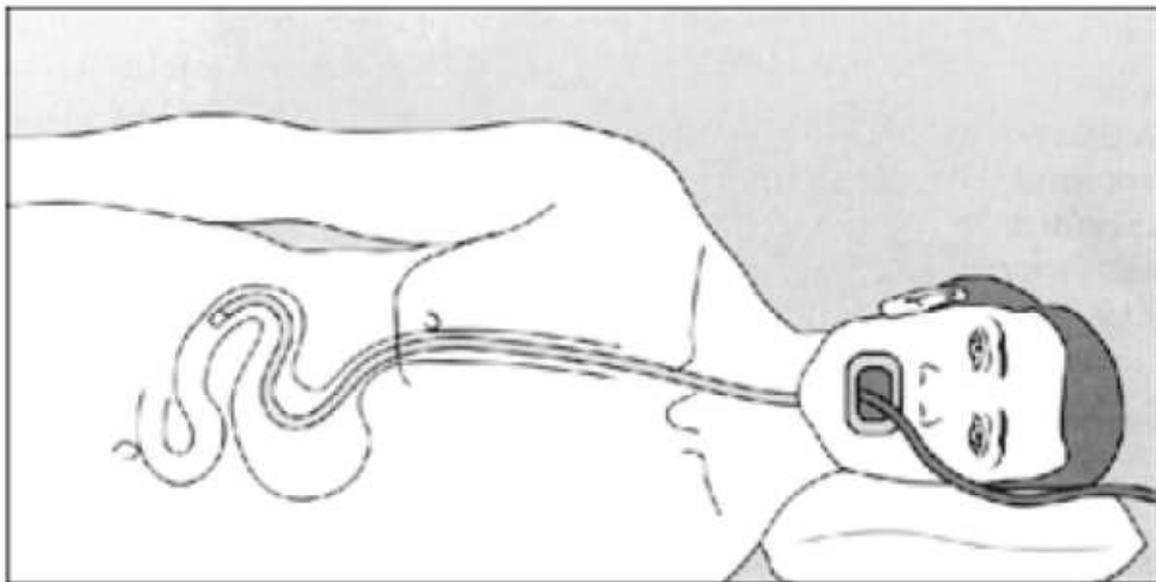


FIGURA 1



· **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 máximo de 30 minutos.

QUÉ OBJETIVOS PERSIGUE:

Visualización de la pared del tracto digestivo superior.

¿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 cardiaca, 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 la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras 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 radiografías con contraste da menos información y no permite la realización de ninguna terapia ni 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, 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.^a 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^a. 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: