



CONSENTIMIENTO INFORMADO MANOMETRÍA ANORRECTAL

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 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 del procedimiento 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, 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: