

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA.

DON/DOÑA

(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE) DE AÑOS DE EDAD.
CON DOMICILIO EN Y D.N.I. N~

DON/DOÑA

(NOMBRE Y DOS APELLIDOS) DE (AÑOS DE EDAD).
CON DOMICILIO EN Y D.N.I. N
EN CALIDAD DE (REPRESENTANTE LEGAL,

FAMILIAR O ALLEGADO) DE
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A

(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACION), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **COLONOSCOPIA**.

1.- Es una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon), y en ocasiones los últimos centímetros de fleón terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. En ocasiones, si se detecta una lesión sangrante o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos.

2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación.

3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción anorrectal del endoscopio, se progresa por el colon examinando la pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis histológico o microbiológico

4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión abdominal, mareo, hemorragia, perforación, infección, dolor, hipotensión, y/o excepcionales, como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada)

puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles tratamientos alternativos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice una **COLONOSCOPIA**.

En (LUGAR Y FECHA).

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

DON/DOÑA

REVOCACION

(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE) DE AÑOS DE EDAD.

CON DOMICILIO EN Y D.N.I. N°

DON/DOÑA

(NOMBRE Y DOS APELLIDOS) DE AÑOS DE EDAD.

CONDOMICILIOEN Y D.N.I. N°

EN CALIDAD DE (REPRESENTANTE LEGAL,

FAMILIAR O ALLEGADO) DE

(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

Revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En(LUGAR Y FECHA).

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL



