

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECTOSIGMOIDOSCOPIA O COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA



DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA**

- 1.- Es **una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon)**, y en ocasiones los últimos centímetros de íleon terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. Si existe una lesión sangrante o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos.
- 2.- El procedimiento, por indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias **puede hacer recomendable o necesaria la sedación y/o anestesia** con o sin intubación de la vía aérea con el fin de disminuir los molestias de la prueba. **La sedación se administra habitualmente por el médico endoscopista y**, ocasionalmente, por médicos anestesiólogos. También se me ha informado de que la realización del procedimiento con sedación o anestesia puede **aumentar levemente el riesgo de complicaciones** especialmente complicaciones cardiorrespiratorias como depresión respiratoria, hipoxia (bajada del oxígeno en la sangre) o parada respiratoria, y también convulsiones o reacciones alérgicas.
- 3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción por el ano del endoscopio, se progresa por el colon examinando su pared. **Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar muestras de tejido** (polipectomías, biopsias o citología) para su análisis histológico, citológico 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 (más frecuente tras polipectomía) (0,03-0,1%) perforación (1/2000), infección, dolor abdominal, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis; 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 (1/10,000).
- 5.- Para la realización de la prueba debe haberse tomado el día anterior una preparación laxante que le habrá recomendado su médico para adecuada limpieza del colon. **Si el procedimiento se realiza con sedación, no debe conducir, ni realizar actividades que conlleven riesgo para su integridad en las 8 horas siguientes a la prueba**, por lo que **debe acudir acompañado**.
- 6- Se **me ha advertido la necesidad de avisar** de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Algunas situaciones especiales o enfermedades (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,...) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.
- 7.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. **A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico o el tratamiento perseguido.**

8- Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica o realizar otras técnicas terapéuticas (tratamiento de lesiones sangrantes, extracciones de cuerpos extraños, dilataciones), que pueden incrementar los riesgos de la misma. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

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 de la exploración. Y en tales condiciones.

CONSIENTO

que se me realice una COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia-citología y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o fotocoagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma. También autorizo expresamente la administración de la sedación para la exploración.

En Alcorcón a fecha

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE (DNI)

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACION (rellenar solo en caso de decidir no otorgar el consentimiento para la exploración)

DON/DOÑA. de años de edad, CON DOMICILIO EN y D.N.I. Nº

O en su lugar, DON/DOÑA. de años de edad. CON DOMICILIO EN y D.N.I. Nº EN CALIDAD DE (Representante legal, familiar o allegado)

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

En Alcorcón a

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL