

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRATAMIENTO ENDOSCOPICO CON LASER O ARGON**

Nº de Historia:

Don/Doña:....., de
.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI:
.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña:....., de
.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI:
.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de de
.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

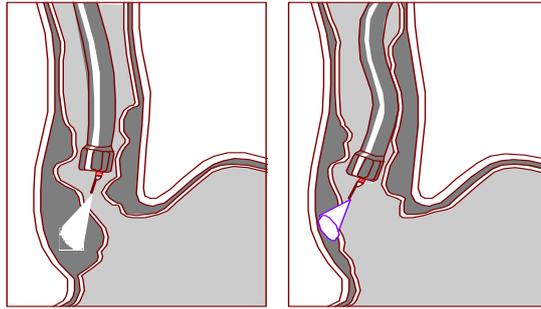
DECLARO

Que el DOCTOR/A
.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a un TRATAMIENTO ENDOSCOPICO CON LASER O ARGON.

- 1.- Es una técnica que, con control endoscópico y la utilización de sistemas de energía lumínica o calórica, se utiliza para el tratamiento de diferentes patologías del tubo digestivo.
- 2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación, la anestesia y/o la utilización de un anestésico tópico. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación, la anestesia y de la anestesia tópica.





3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y la ayuda de un abre bocas en caso de ser lesiones del tracto superior; o tras la introducción anorrectal en caso de que las lesiones sean de colon, se introduce el endoscopio. El sistema de energía se aplica sobre las lesiones a tratar, produciendo sobre ellas necrosis, coagulación y trombosis de las mismas.

4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como dolor torácico abdominal, hipotensión, flebitis, reacciones alérgicas, infección, aspiración bronquial embolismo, hemorragia, úlceras, distensión abdominal, fístulas, perforación y desprendimiento de escaras, parada cardiorespiratoria, daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin que el paciente esté en ayunas.

También 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. 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 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/tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. 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 del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice un **TRATAMIENTO ENDOSCOPICO CON LASER O ARGON.**

En, a,
.....
(Lugar)

(Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o

allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña , de
....., años de edad
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y
DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña , de
....., años de edad
(Nombre y dos apellidos del representante legal))

con domicilio en y
DNI.....
(Domicilio del representante legal)

en calidad de..... de
.....
(Representante legal, familiar o allegado) (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, a,
.....
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la Médico
allegado

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o