

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA DILATACION ENDOSCOPICA DEL COLON**

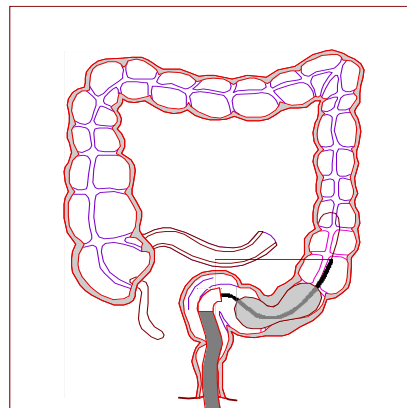
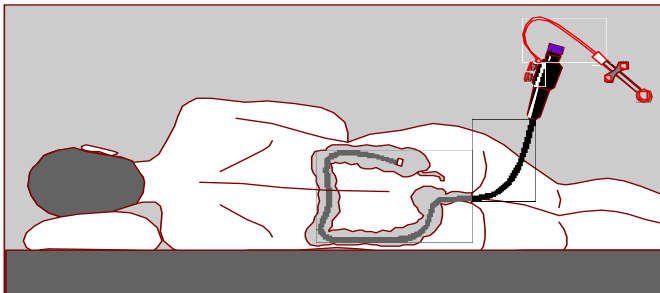
Don/Doña:....., de .....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)  
Con domicilio en: ..... y DNI: .....  
(Domicilio del paciente)  
Don/Doña:....., de .....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del representante legal)  
Con domicilio en: ..... y DNI: .....  
(Domicilio del representante 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 una dilatación endoscópica del colon.

- 1.- Es una técnica que pretende la dilatación de una zona estenosada del colon bajo control visual a través del colonoscopio, y en ocasiones también con control radiológico, a fin de asegurar el tránsito intestinal. Puede ser el paso previo para la realización de otra actuación terapéutica (colocación de prótesis, fulguraciones, etc.).
- 2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación y en ocasiones incluso anestesia general. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación y de la anestesia general.
- 3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) se introduce el colonoscopio por vía anorrectal progresando hasta la zona estrecha a tratar, donde se actúa con balones o bujías que producen rotura de las fibras musculares de la zonaestenótica, permitiendo el paso del contenido intestinal a su través.



- 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, neumoperitoneo, peritonitis, infección, dolor, hipotensión, reobstrucción, reacción alérgica y flebitis, y excepcionales, como aspiración bronquial, arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA

(Accidente Cerebrovascular Agudo), 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 una correcta preparación del colon.

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 una **DILATACION ENDOSCOPICA DEL COLON.**

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

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado