

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

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 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)

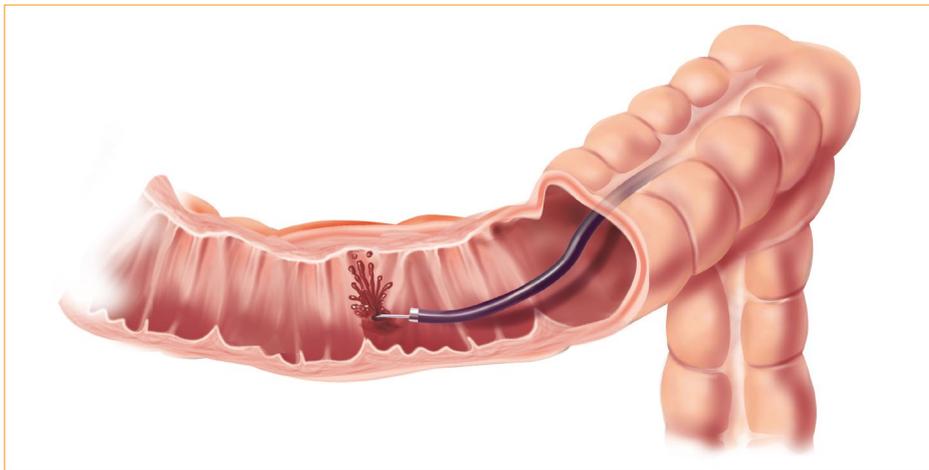
DECLARO

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

Me ha explicado que:

Padezco síntomas que hacen sospechar una **HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA** y me ha informado que pudiera ser recomendable proceder, en mi situación, a una **COLONOSCOPIA** para su diagnóstico y tratamiento por este medio.

- ▶ El propósito principal de la técnica es tanto intentar determinar el origen de la hemorragia digestiva baja que refiere el paciente como el tratamiento endoscópico de lesiones sangrantes o que puedan producir sangrado en el interior del intestino grueso y, si es posible, los primeros centímetros del intestino delgado.
- ▶ He sido informado que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- ▶ El médico me ha explicado que la intervención consiste en la introducción por el ano de un colonoscopio (aparato flexible y fino) con luz y una pequeña cámara en su extremo. Con ello, se consigue visualizar el origen del sangrado, se proporcionan datos pronósticos y, lo más importante, se puede actuar sobre las lesiones de diferentes formas para detener la hemorragia: mediante la inyección de sustancias esclerosantes o que reducen el flujo de sangre, tratamiento con sondas de calor, colocando clips, lazos y/o bandas elásticas, gas argón, incluso actuando de manera profiláctica sobre determinadas lesiones con el fin de prevenir nuevos episodios de sangrado.



- ▶ El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son estudios radiológicos del colon y/o cápsula endoscópica (filmación del tubo digestivo). He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.

- ▶ También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO₂; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. También es frecuente que persistan la eliminación de restos de sangrado. Por lo general, permaneceré ingresado en observación hasta no se haya controlado por completo la hemorragia.
- ▶ Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables o complicaciones. Las más frecuentes son leves, como la distensión abdominal, que cede con la expulsión de aire. Otros efectos secundarios son más raros: reacción alérgica, flebitis, hemorragia, perforación, dolor abdominal, hipotensión, aspiración bronquial; algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamiento quirúrgico y dejar secuelas definitivas. Otra complicación que puede ser grave son las infecciones como consecuencia de una perforación, que dependerá del lugar anatómico en que se produzca y puede obligar a tratamiento médico o quirúrgico. Son excepcionales las complicaciones más graves: arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria. En casos muy excepcionales, la colonoscopia puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.
- ▶ He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- ▶ Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:
.....
- ▶ Igualmente autorizo al equipo médico, a que, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica endoscópica programada.
- ▶ Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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.

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

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 POR HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA.**

En: a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante

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 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 o su representante