



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA

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 la doctora **M^a Ángeles Berges Magaña** me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA.

1. Es una técnica endoscópica que pretende la visualización del intestino grueso (colon), y en ocasiones los últimos centímetros de íleon 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 anestésica. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación anestésica.
3. Con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), y tras la introducción anorrectal del endoscopio, se progresa por el colon examinando su pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar muestras de tejido (polipectomía, 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 y dolor abdominal, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
5. Se me ha indicado y explicado 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 o realizar otras técnicas terapéuticas. 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 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.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a 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.

En Badajoz, a de de

Fdo.: El/la paciente

Fdo.: Representante legal

Fdo.: Dra. Berges Magaña
nº col: 06/06/04781

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, Don/Dña. _____ después de ser informado/a, de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Badajoz, a de de

Fdo.: El/ la paciente
D.N.I.:

Fdo.: El representante legal
D.N.I.:

Fdo.: Dra. Berges Magaña
D.N.I.:

De conformidad con lo dispuesto en el Art. 5 de la L. O. 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán incorporados a un fichero, debidamente inscrito en el R.G.P.D., para el mantenimiento de la relación médico-paciente e historia clínica. Vd. autoriza de forma expresa que sus datos personales sean comunicados, única y exclusivamente en aquellos casos en que sea necesario, a la compañía aseguradora a la que pertenece, con el único fin de prestarle los servicios por Vd. solicitados. Su consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito, a la dirección abajo indicada, la revocación del mismo.

En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, rogamos nos lo comunique debidamente por escrito con la finalidad de mantener su información actualizada. Vd. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito al responsable del fichero: Cliniber Badajoz, S.L. C/ Ramón Fernández Moreno, 16 A. 06006, Badajoz.