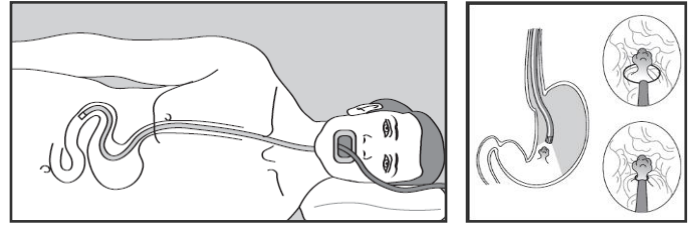




**Cliniber Badajoz S.L.**

Rev 1 14/05/2013



## **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA POLIPECTOMÍA EN EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR**

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<sup>a</sup> Ángeles Berges Magaña** me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una POLIPECTOMÍA EN EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.

**1.** Es una técnica endoscópica que pretende la extirpación de pólipos u otras lesiones neoplásicas encontrados en el tracto digestivo superior mediante la utilización de un gastroscopio y un asa de diatermia (lazo metálico) conectado a una unidad electroquirúrgica, que transmite corriente eléctrica que corta y coagula.

**2.** El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias puede hacer recomendable o necesaria la sedación anestésica y/o la utilización de un anestésico tópico. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación anestésica y de la anestesia general.

**3.** Con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se introduce el endoscopio por vía oral, con la ayuda de un abre bocas. Una vez visualizada la lesión, se abraza con un asa de diatermia que transmite una corriente eléctrica que corta la lesión y puede producir coagulación al mismo tiempo. La lesión, una vez extirpada, se recupera si es posible y se envía para su estudio anatomopatológico.

**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, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

**5.** Se me ha indicado la preparación recomendada previamente. 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 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/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 POLIPECTOMÍA EN EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.

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.