

Consentimiento informado para realizar tratamiento endoscópico del reflujo gastro-esofagico con radiofrecuencia (stretta)

Nº de historia

D/Dª.....de.....años de edad.

(nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en

DNI nº:.....

D/Dª.....de.....años de edad.

(nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en

DNI nº:..... en

Calidad dede.....

(representante legal, familiar o allegado)

(nombre y dos apellidos del

paciente)

Declaro

Que el Doctor/a

(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a un TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO CON RADIOFRECUENCIA (STRETTA).

1. Para el tratamiento del reflujo gastroesofágico, además del tratamiento farmacológico y quirúrgico, disponemos de una serie de procedimientos endoscópicos como el tratamiento con radiofrecuencia (Stretta).
2. Esta técnica consiste en la aplicación endoscópica de ondas de radiofrecuencia a nivel de la unión gastroesofágica con el fin de aumentar la barrera entre el esófago y el estómago por medio de una reacción fibrosa (cicatriz) que provoca un aumento de presión a este nivel consiguiendo, en un alto porcentaje de pacientes afectos de reflujo gastroesofágico, el suprimir o disminuir la necesidad de una intervención quirúrgica. Antes de la prueba, se le administrará un anestésico local para adormecer la garganta y puede ser recomendable o necesaria la anestesia general con intubación de la vía aérea. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación, de la anestesia tópica y de la anestesia general con intubación de la vía aérea.
3. Se colocará una boquilla para proteger su dentadura y una vez situado en una posición confortable, se le sedará o anestesiará para que la prueba no le resulte molesta. El médico le introducirá el endoscopio a través de la boca y procederá a realizar la prueba.



4. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como dolor, infección, aspiración bronquial, hipotensión, hemorragia, perforación, disfagia, y distensión abdominal, 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, así como un riesgo mínimo de mortalidad.
5. El médico 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 (**aspirinas, 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 tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informará 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 ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO GASTRO-ESOFÁSICO CON RADIOFRECUENCIA (STRETTA).

En, a de de (lugar y fecha)

.....
Fdo. EL PACIENTE

.....
Fdo. EL MÉDICO
Nº de coeg:.....

.....
Fdo: REPRESENTANTE LEGAL

Denegación o revocación

D/Dña.de.....años de edad
(nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio eny DNI nº.....

D/Dña.de.....años de edad
(nombre y dos apellidos)

Con domicilio eny DNI nº.....

En calidad de.....de.....
(Representante lega familiar o allegado)

Revoco el consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Enade.....de.....(lugar y fecha)

.....
Fdo.: EL PACIENTE

.....
Fdo.: EL MÉDICO
Nº de colg:.....

.....
Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL