

Consentimiento informado para radiofrecuencia, argón o láser. Ablación tisular endoscópica

Nº de historia

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

Con domicilio eny DNI nº:.....

D/D^a.....de.....años de edad.
(nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio eny 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 una **RADIOFRECUENCIA, ARGÓN O LÁSER. ABLACIÓN TISULAR ENDOSCÓPICA.**

- El propósito principal de la técnica es la destrucción de lesiones de la capa más superficial del tracto digestivo mediante sistemas de energía luminosa o calórica.
- He sido informado que el procedimiento puede requerir sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- El médico me ha explicado que esta técnica consiste en introducir un tubo flexible con una cámara en su extremo, denominado endoscopio, por la boca. A través del tubo se pasan instrumentos que son capaces de liberar energía en forma de radiofrecuencia, gas argón o láser. Estas energías son capaces de destruir la capa más superficial que puede contener pequeñas lesiones, puede eliminar pequeños vasos sanguíneos causantes de hemorragias. Estas energías tienen la particularidad de que profundizan muy poco el espesor de la pared del tracto digestivo.



- El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son tratamiento farmacológico o bien tratamiento quirúrgico. 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. Asimismo, me ha informado el médico que, en cualquier caso, la aplicación de esta técnica no está contraindicada con la aplicación posterior de las distintas técnicas alternativas si lo precisase en un futuro.
- También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica pueden aparecer distensión abdominal debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección del aire o CO₂; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. Es posible que aparezca dificultad para tragar o dolor en el pecho en las primeras horas que se trata con analgésicos de forma efectiva y que, finalmente, desaparece. Durante los primeros días deberé tomar alimentos líquidos o blandos.
- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden aparecer complicaciones, que podrían ocasionar que se prolongue el ingreso, que sea necesaria la administración de fármacos o que se tenga que realizar una intervención quirúrgica. Las complicaciones dependerán del lugar y vía de aplicación del tratamiento. Los riesgos y complicaciones más relevantes por orden de frecuencia son: el dolor en el pecho y/o en la parte superior del abdomen y/o en la garganta por un periodo de tiempo que puede oscilar entre

varios días hasta 2-3 semanas, la dificultad o molestias para tragar alimentos es transitoria y reversible. Otras complicaciones posibles son: reacción vagal, fiebre, infección, derrame cerebro-vasculares, convulsiones, arritmias, parada cardiaca o respiratoria, daños dentales y subluxación maxilar. Algunas de estas complicaciones pueden ser graves y requerir tratamiento médico quirúrgico. En casos muy excepcionales, esta técnica 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 endoscópicos o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica 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 los 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.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice una RADIOFRECUENCIA, ARGÓN O LÁSER. ABLACIÓN TISULAR ENDOSCÓPICA.

PACIENTE/REPRESENTANTE:
D.N.I.
Fdo.:

MÉDICO:
Nº Colegiado:
Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

PACIENTE/REPRESENTANTE:
D.N.I.:
Fdo.:

MÉDICO:
Nº Colegiado:
Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:
D.N.I.
Fdo.:

MÉDICO:
Nº Colegiado:
Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__