

## Consentimiento informado para la colocación endoscópica de clip ovesco

Nº de historia .....

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

Con domicilio en .....y DNI nº:.....

D/Dª.....de.....años de edad.  
*(nombre y dos apellidos del representante legal)*

Con domicilio en .....y DNI nº:..... 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 proporciona la información)*

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a una **COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA DE CLIP OVESCO**.

- El propósito principal de la técnica es el tratamiento de perforaciones, fístulas y/o hemorragias del tracto gastrointestinal mediante la colocación de un clip metálico.
- 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 esta técnica consiste en colocar un clip de una aleación metálica en la punta de un endoscopio. Una vez colocado, se introduce el endoscopio y se identifica la lesión a tratar. Se procede a liberar el clip para que una vez fijado ejerza funciones de cierre de orificios, hemostasia (en casos de hemorragia) o fijación de estructuras. Pueden colocarse uno o varios clips en una misma sesión. Una vez colocado el clip, por lo general permanece fijado durante muchos años Sin embargo, en el caso de que se desprenda, se elimina por vía anal con las heces, siendo innecesario repetir la técnica si se ha conseguido el propósito de la misma.



- El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son el tratamiento médico farmacológico, otros tratamientos endoscópicos o el 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.
- También he sido informado y comprendo que, tras la realización de esta técnica endoscopia puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO<sub>2</sub>; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. Por lo general, permaneceré ingresado en observación hasta que me encuentre recuperado.
- Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables o complicaciones. Los más frecuentes son náuseas, vómitos, dolor abdominal y fiebre. Otros efectos secundarios más raros son: reacción alérgica, flebitis, enfisema subcutáneo (aire que se desliza por debajo de la piel), hipotensión, aspiración bronquial. Más infrecuentes se puede producir hemorragia. La hemorragia digestiva puede ocurrir durante la operación o de forma retardada, al cabo de unos días. En el primer caso se puede resolver mediante electrocoaguladores, mientras que la hemorragia retardada requiere una nueva endoscopia para identificar y tratar el punto de la hemorragia. La estrechez o la perforación son complicaciones raras, pero cuando ocurren, puede acompañarse de infecciones graves que

dependerán del lugar anatómico en que se produzcan. Estas complicaciones pueden obligar a tratamiento médico o quirúrgico, existiendo un pequeño riesgo de mortalidad.

- 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 **COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA DE CLIP OVESCO.**

**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\_\_\_\_