

Consentimiento informado para la colocación o extracción de prótesis de colon o enteral

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)

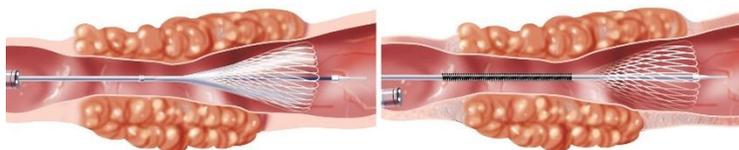
Declaro

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 la **COLOCACIÓN O EXTRACCIÓN DE UNA PRÓTESIS DE COLON O ENTERAL**.

- El propósito principal de la técnica consiste en restablecer el tránsito digestivo de forma provisional o definitiva. He sido informado que el objetivo de esta técnica es paliativo, no curativo.
- 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 las prótesis de colon son mallas cilíndricas de material plástico o metálico que, una vez liberados, se expanden y pueden desobstruir una estrechez del colon o ayudar a cerrar un orificio. Las prótesis son colocadas paralelas o a través del canal de trabajo de un endoscopio. En función de cada caso se utilizarán prótesis que pueden ser retiradas por vía endoscópica al cabo de un tiempo (2-3 meses), o prótesis que van a permanecer colocadas para siempre.



- El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son la dilatación endoscópica 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 indicados en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.
- También he sido informado y comprendo que, dado que la técnica endoscópica se practica con la inyección de aire o CO₂; puede ser habitual que presente inicialmente distensión abdominal que, por lo general, cesa a las pocas horas. Igualmente me han informado que es frecuente la aparición de dolor abdominal en la zona de expansión de la prótesis que suele durar unas horas o días y que debe ser tratado con analgésicos. Durante los primeros días deberé tomar líquidos o blandos.
- Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer complicaciones. Estas varían según su localización. Es habitual que durante las primeras horas o días aparezca dolor debido a la expansión de la prótesis, que se trata con analgesia oral. Con menor frecuencia hemorragia, desplazamiento de la prótesis, obstrucción por crecimiento de la lesión, fístulas y/o perforación. Algunas de estas complicaciones pueden solucionarse con un nuevo tratamiento endoscópico, pero otras pueden requerir tratamiento quirúrgico, existiendo un mínimo 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 quirúrgicos o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica endoscópica 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 O EXTRACCIÓN DE UNA PRÓTESIS DE COLON O ENTERAL.	
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____	