

Consentimiento informado para ecoendoscopia diagnóstica más punción y/o drenaje de la vía biliar o pancreática

Nº de historia

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

Con domicilio eny DNI nº:.....

D/Dª.....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 **ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA MÁS PUNCIÓN Y/O DRENAJE DE LA VÍA BILIAR O PANCREÁTICA**.

- El propósito principal de la técnica es examinar una lesión u órgano del organismo, cercano al tubo digestivo, mediante ecografía y endoscopia de forma simultánea para diagnosticar determinadas enfermedades y lesiones biliares o del páncreas. Una vez identificadas, puncionarlas y drenarlas.
- He sido informado que el procedimiento requiere sedación y/o anestesia general, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- El médico me ha explicado que este tipo de técnica endoscópica utiliza un endoscopio flexible que tiene incorporado un transductor de ecografía en el extremo, lo cual permite realizar ecografías desde dentro del tubo digestivo. El ecoendoscopio se introduce por la boca. Se puede puncionar con una aguja fina la vía biliar o pancreática y, si es preciso, inyectar contraste en cualquier de los conductos. De esta manera se pueden diagnosticar enfermedades obstructivas (estrechamientos de origen benigno o tumoral) o roturas de estas vías y, en su caso, realizar el tratamiento adecuado mediante la colocación de dispositivos de drenaje temporales que se retirarán por vía endoscópica al cabo de unas semanas.



- El médico me ha informado de las alternativas diagnósticas existentes a esta técnica, como son la ecografía, tomografía axial computarizada (TC), resonancia magnética (RM), colangio-pancreato resonancia magnética (CRM), la colangio transparietohepática, el intervencionismo radiológico, la endoscopia simple, la intervención quirúrgica. 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 endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la ecoendoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO₂; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. También pueden aparecer: malestar, náuseas, molestias en la garganta. Por lo general y si no aparecen complicaciones será dado de alta, de lo contrario, permaneceré ingresado en observación.
- Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables. Los más frecuentes son leves y transitorios, como la distensión abdominal, el dolor torácico, la dificultad para tragar, el dolor abdominal, los trastornos de la digestión y las molestias en la garganta. Otros pueden ser más graves, son : infección de las vías biliares, infección sanguínea (sepsis), infección del lugar de la punción, pancreatitis aguda, hemorragia, perforación, fuga biliar, infección del mediastino y fuga de contenido biliar o aéreo a la cavidad

peritoneal (peritonitis). La mayoría de las complicaciones pueden ser tratadas farmacológicamente y/o endoscópicamente pero, en algunos casos, es necesario realizar una intervención quirúrgica u otro tipo de intervenciones invasivas. En casos muy excepcionales, la ecoendoscopia diagnóstica más punción y/o drenaje de la vía biliar o pancreática 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 durante el procedimiento 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 **ECONENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA MÁS PUNCIÓN Y/O DRENAJE DE LA VÍA BILIAR O PANCREÁTICA.**

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____