

Consentimiento informado para polipectomía del tracto digestivo inferior

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)

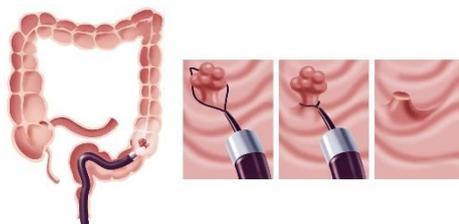
Declaro

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 realizar una **POLIPECTOMÍA DEL TRACTO DIGESTIVO INFERIOR**

- El propósito principal de la técnica es la extirpación de pólipos o lesiones neoplásicas localizadas en el tracto digestivo inferior (colon y recto), para su posterior examen histológico (microscópico).
- 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 la intervención consiste en la introducción de un endoscopio flexible por el ano, hasta identificar la lesión objeto del tratamiento. Por un canal que tiene el endoscopio se introducen una serie de instrumentos: asas de polipectomía, agujas de inyección, clips de cierre, etc., específicamente diseñados para esta técnica que permiten la extirpación de las lesiones mediante la aplicación de una corriente eléctrica que corta y coagula los tejidos, para minimizar el riesgo de sangrado.



- El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son otras técnicas endoscópicas (resección endoscópica mucosa o disección endoscópica submucosa) o 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 endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia 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. Una vez me haya recuperado por completo de estos síntomas y de los efectos de la sedación, se procederá a darme el alta médica. En el caso de no encontrarme totalmente recuperado, permaneceré ingresado en observación.
- Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables que dependen, en gran medida, de la localización y tamaño de las lesiones y de los instrumentos utilizados. Los más frecuentes son leves y transitorios, como la distensión abdominal. Otros puede ser más graves: la perforación, la hemorragia inmediata (durante la exploración) o hemorragia retardada (al cabo de unos días). La hemorragia puede requerir un nuevo tratamiento endoscópico para solucionarla, en ocasiones transfusión de sangre y en algunos casos, una intervención quirúrgica. La perforación cuando es grande y no se controla con tratamiento endoscópico o médico, requiere una intervención quirúrgica urgente. Otras complicaciones posibles pero más raras son: reacciones alérgicas, flebitis, hipotensión.

Son excepcionales las complicaciones más graves: arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, así como 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 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 POLIPECTOMIA DEL TRACTO DIGESTIVO INFERIOR.	
PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	

He decidido NO AUTORIZAR la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.	
PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	

He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN	
PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	