



DOCUMENTO de INFORMACIÓN y CONSENTIMIENTO INFORMADO del PROCEDIMIENTO COLONOSCOPIA (Endoscopia del colon y polipectomía)

Información

1. Explicación del procedimiento

La colonoscopia es una técnica que permite ver el interior del intestino grueso, así como, en caso de ser también necesario, aplicar técnicas de tratamiento o análisis de las lesiones detectadas (biopsias, extirpación, polipectomía o esclerosis), en caso de hallazgos inesperados.

Consiste en introducir un tubo flexible por el ano e insuflar aire en el intestino. Puede causar molestias abdominales, como dolor o flatulencia. También puede aparecer mareo. Más excepcionalmente pueden aparecer complicaciones más graves como hemorragia, perforación, infección, disminución de la tensión arterial, arritmias, depresión respiratoria o paro cardíaco.

Aunque las molestias son tolerables, puede ser necesario realizar una sedación (medicación por vía venosa). En este caso es necesario permanecer durante 30-60 minutos bajo observación después de la prueba.

2. Riesgos generales que implica

En caso de realizar polipectomía o extirpación de lesiones, el riesgo de complicaciones, en especial de hemorragia o perforación, puede ser más elevado debido a la realización de un corte mediante un lazo que se introduce por el endoscopio y aplicación de corriente eléctrica con instrumentos electroquirúrgicos. Estas complicaciones pueden aparecer de forma inmediata, durante la realización de la prueba, o diferida hasta varios días después de la misma.

Excepcionalmente las complicaciones de la colonoscopia y las técnicas de tratamiento referidas pueden comportar riesgo vital o hacer necesaria una intervención quirúrgica.

3. Riesgos personales

También he sido informado/a de la preparación para la realización del procedimiento y se me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, otras enfermedades que padezca, existencia de prótesis, marcapasos y medicación actual, y que en mi caso puede representar los siguientes riesgos adicionales:

.....
.....

4. Alternativas

Las exploraciones radiológicas alternativas a esta prueba no permiten aplicar ningún tratamiento ni obtener muestras para biopsias.

5. Ampliación de la información

Si cree que no dispone de suficiente información y quiere ampliarla, o desea aclarar dudas, solicítelo al médico antes de programar el procedimiento, incluso el mismo día de su realización.

Consentimiento

El SR./SRA declara que:



- ◆ Se le ha proporcionado y comprendido con claridad la información sobre la naturaleza y objetivos de este procedimiento, y que también se le han explicado los riesgos más frecuentes así como las complicaciones graves del mismo.
- ◆ También conoce las posibles alternativas al procedimiento y los riesgos personales.
- ◆ Ha tenido oportunidad de ampliar la información y **SI** **NO** autoriza la realización del mismo.
- ◆ Conoce también la posibilidad de revocar esta autorización en cualquier momento.

FIRMA del PACIENTE

FIRMA y SELLO del MÉDICO que INFORMA

FIRMA del TUTOR LEGAL o REPRESENTANTE

Vic, a de de

Revocación

EI SR./SRA **declara que:**

Ha decidido revocar el presente consentimiento por el/los siguiente/s motivo/s

.....
.....

FIRMA del PACIENTE

FIRMA y SELLO del MÉDICO TESTIGO

FIRMA del TUTOR LEGAL o REPRESENTANTE

Vic, a de de

- ◆ Este documento ha sido creado en concordancia con la legislación vigente
- ◆ La fuente para la elaboración de este documento es: Elaboración propia.