

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal) .....

### DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVOS

- Se me ha informado que, mediante este procedimiento se podrá realizar intervenciones tanto diagnósticas (toma de muestra para biopsia) así como terapéuticas (dilatación o introducción de prótesis en caso de estenosis, manejo de hemorragias bajas, distorsión de vólvulos y extracción de pólipos, otros).

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Se me ha explicado que el procedimiento consiste en introducir un instrumento flexible, colonoscopio, y visualizar directamente todo el intestino grueso o colon y también si es necesario la parte final del intestino delgado (ileon terminal), utilizando este instrumento que se introduce a través del ano.

### CARACTERÍSTICAS

- La técnica consiste en introducir un colonoscopio por el ano y colon en todo su trayecto, observando en un monitor.
- A través de este procedimiento se podrá realizar intervenciones tanto diagnósticas (toma de muestra para biopsia), como terapéuticas (dilatación o introducción de prótesis en caso de estenosis, tratamiento de hemorragias, distorsión de vólvulos, extracción de pólipos, otros).
- El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica es necesaria una preparación previa, ya que en intestino debe estar limpio.. El día del examen se evitará la ingesta de alimentos sólidos y líquidos desde la noche anterior.
- Hay una serie de fármacos que pueden interferir con la realización de la colonoscopia, debiendo informar a su médico y personal que lo atiende en la unidad de Endoscópica.
- Cabe la posibilidad que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones por los hallazgos encontrados, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- Para un mejor desarrollo del procedimiento puede requerir de anestesia, de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.
- Puede ser oportuna la toma de muestras (biopsias) para estudio por un laboratorio de anatomopatología. Se hará registro fotográfico de los hallazgos de interés clínico.

### RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas. Otros específicos que pueden surgir de la realización de este procedimiento. como son la distensión abdominal, dolor, hipotensión, flebitis, reacciones alérgicas, aspiración bronquial, hemorragias, perforación.
- Estas complicaciones son raras, menos de una por cada 1000 exploraciones, pero pueden requerir un tratamiento urgente, incluso una intervención quirúrgica.
- Estos riesgos son algo más altos cuando la colonoscopia se utiliza con aplicación terapéutica (extirpación de pólipos, dilatación de estenosis)
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

### DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

#### MÉDICO/PROFESIONAL

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a) .....  
 RUT .....  
 Firma .....

Sr(a) .....  
 RUT .....  
 Firma .....

### NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal .....  
 RUT .....  
 Firma .....  
 Fecha .....

### REVOCACIÓN

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente .....)

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal .....  
 RUT .....  
 Firma .....  
 Fecha .....