

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS

- Se me ha informado que este procedimiento permite mirar el interior del esófago, estómago y duodeno ante la sospecha de lesiones en alguno de ellos que expliquen sus síntomas. Eventualmente será necesario tomar muestras para análisis histológico.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

- Se me ha explicado que este procedimiento consiste en introducir un endoscopio (tubo flexible) por la boca hasta llegar al duodeno.

CARACTERÍSTICAS

- La técnica de éste procedimientos consiste en introducir un endoscopio (tubo flexible) por la boca hasta llegar al duodeno.
- El médico hará esto en forma manual empujando suavemente para que avance hasta visualizar la totalidad de la estructura del aparato digestivo alto.
- El examen puede terminar en ese momento. Si esto es así el médico sacara el tubo y será llevado a la sala de recuperación si se hubiera usado sedación.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos, como detectarse lesiones que necesiten ser biopsiadas (se toma pequeño trozo de tejido con una pinza a través del endoscopio, procedimiento rápido e indoloro), o lesiones susceptibles de ser tratadas por otros procedimientos endoscópicos según el caso (inyectoterapia, ligadura, escleroterapia, hemostasia con clips, resección de pólipos).
- El procedimiento requiere de un anestésico local en la faringe y en algunos casos sedación endovenosa.
- Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

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.
- Como otros específicos del procedimiento, que pueden ser: 1. Náuseas, al introducir y avanzar el endoscopio por la cavidad bucal. 2. Perforación, hemorragia o lesión de alguno de los segmentos estudiados, en general son poco frecuentes y se toman las medidas para que estos riesgos sean los mínimos.
- Todo el procedimiento es realizado por un médico calificado
- 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)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	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