

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE COLONOSCOPIA ESPECIALIDAD DE APARATO DIGESTIVO

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La COLONOSCOPIA es un procedimiento que permite visualizar la parte baja del tracto digestivo (intestino grueso) a través de la introducción de un tubo flexible con óptica, denominado colonoscopio, por el orificio anal, avanzando por el recto, colon y en ocasiones hasta el íleon terminal.

Si es necesario, durante la exploración se tomarán muestras (biopsias), lo que no produce dolor y permitirá completar el diagnóstico. Si durante la exploración se encuentra un pólipo, puede extirparse con un lazo metálico y paso de corriente eléctrica de forma controlada.

#### *Precauciones antes de la prueba*

1. Para la realización de la colonoscopia es imprescindible hacer una buena limpieza del intestino. Para ello, se le facilitará información escrita sobre la preparación necesaria.

2. Deberá estar en ayunas de 6 horas.

3. Es importante que manifieste si padece alguna alergia o enfermedad importante (respiratoria, del corazón, o si es portador de una prótesis cardíaca ya que puede ser necesario la administración de antibióticos profilácticos.

4. Debe comunicar los medicamentos que está tomando.

La duración de la exploración dependerá de las características de cada paciente, de los hallazgos de la misma y de los tratamientos que haya que aplicar.

En algunos casos es necesaria la administración de medicamentos sedantes o analgésicos intravenosos para la mejor realización de la prueba.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Los beneficios de la colonoscopia son la posibilidad de conocer la causa de los síntomas que presenta y/o identificación de lesiones que podrían ocasionar algún perjuicio a su salud.

En algunas ocasiones (extirpación de pólipos, resección de parte de mucosa, dilatación de estenosis, colocación de sonda y/o prótesis, inyección de sustancias...), la exploración es, además de diagnóstica, terapéutica.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Los estudios radiológicos pueden ser una alternativa pero con menor precisión diagnóstica y sin permitir la toma de muestras ni la aplicación directa de tratamientos.

No hay garantías de obtener siempre los objetivos diagnósticos y terapéuticos previstos, pero en general, la única alternativa terapéutica a esta técnica sería la intervención quirúrgica.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden aparecer náuseas, distensión y dolor abdominal..Su realización orientará el diagnóstico de su patología y, en algunos casos, realizar procedimientos de toma de muestras o terapéuticos.

A pesar de la realización adecuada de la técnica, podría no conseguirse el diagnóstico o tratamiento previstos, lo cual ocurre en un porcentaje muy pequeño de casos.

#### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Si no se realiza la exploración podría no realizarse de forma adecuada el diagnóstico y/o tratamiento de su patología.

#### RIESGOS FRECUENTES

Los problemas derivados de esta exploración dependerán de que sólo sea diagnóstica o se añadan intervenciones terapéuticas. Los riesgos, así como los efectos secundarios y complicaciones que pueden aparecer son poco frecuentes. Entre ellos, leves molestias por distensión abdominal, hemorragia, infección, perforación, reacciones alérgicas a la medicación intravenosa administrada y excepcionales como arritmias o parada cardiorrespiratoria, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

Las complicaciones graves son muy poco frecuentes, pudiendo requerir en alguna ocasión intervención quirúrgica.

Los beneficios y resultados que se obtiene compensan los posibles riesgos que en ocasiones pueden suceder.

En cualquier caso, si le ocurriera cualquier complicación no dude que todos los médicos de este hospital están dispuestos para solucionarlas.

#### RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Excepcionalmente puede producirse perforación, reacciones alérgicas a la medicación intravenosa administrada y arritmias o parada cardiorrespiratoria, existiendo un mínimo riesgo de mortalidad.

Las complicaciones graves son muy poco frecuentes, pudiendo requerir en alguna ocasión intervención quirúrgica.

#### RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Aunque esta técnica sea la adecuada y correcta su realización, pueden producirse complicaciones generales como en cualquier otra técnica.

#### CONTRAINDICACIONES

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>