

## Consentimiento informado para Colonoscopia

Nº de historia .....

D/Dª ..... de..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Con domicilio en ..... y DNI nº :.....

D/Dª..... de..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal)*

Con domicilio en ..... y DNI nº:..... en calidad de .....  
*(Representante legal, familiar o allegado)*

de.....  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

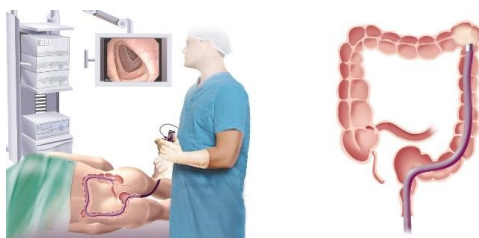
### Declaro

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 una **COLONOSCOPIA**.

- El propósito principal de la técnica es explorar el interior del intestino grueso o colon, al igual que algunos centímetros del intestino delgado, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades y, cuando proceda, en caso de lesión sangrante o pólipos, actuar sobre ellos.
- 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.
- La técnica consiste en examinar el colon con un colonoscopio introducido por el ano. El médico me ha explicado que siempre que nos ocurra una situación de urgencia, previamente a la intervención deberé proceder a una limpieza intestinal mediante la toma de un laxante. La técnica consiste en, estando el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se procederá a la introducción anal del endoscopio progresando por el colon, examinando la capa interna de la pared. Tal y como se ha dicho, si durante la exploración se visualizan zonas anómalas, se pueden tomar muestras de tejido (biopsias o citología) y/o cuando proceda, determinados tratamientos como la extirpación de pólipos (polipectomía).



- El médico me ha informado que como alternativa a la colonoscopia existen otras técnicas, como los estudios radiológicos del colon y la cápsula endoscópica del colon. He tenido la oportunidad de comentar estas alternativas con el médico habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el procedimiento 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 CO<sub>2</sub>, 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 o complicaciones. Los más frecuentes son leves, como la distensión abdominal, que cede con la expulsión de aire. Otros efectos secundarios son más raros: reacción

alérgica, flebitis, hemorragia, perforación, dolor abdominal, hipotensión, aspiración bronquial, algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamiento quirúrgico y dejar secuelas definitivas. Otra complicación que puede ser grave son las infecciones como consecuencia de una perforación, que dependerá del lugar anatómico en que se produzca y puede obligar a tratamiento médico o quirúrgico. Son excepcionales las

- complicaciones más graves: arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria. En casos muy excepcionales, la colonoscopia puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.
- He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, alergias 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), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los antiocagulantes (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: .....
- Autorizo al equipo médico a modificar la técnica endoscópica programada si en el momento del acto endoscópico surgiera algún imprevisto.
- 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 COLONOSCOPIA.**

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**

**D.N.I.:**

**Fdo.:**

**MÉDICO:**

**Nº Colegiado:**

**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**

**D.N.I.:**

**Fdo.:**

**MÉDICO:**

**Nº Colegiado:**

**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**

**D.N.I.:**

**Fdo.:**

**MÉDICO:**

**Nº Colegiado:**

**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_