

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA EL ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA**

Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)
Con domicilio en: y DNI:
(Domicilio del paciente)
Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)
Con domicilio en: y DNI:
(Domicilio del representante legal)
En calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a un ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA.

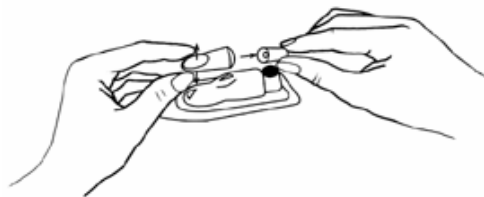
1.- La cápsula endoscópica es un dispositivo especialmente diseñado para el estudio de la pared del intestino delgado.

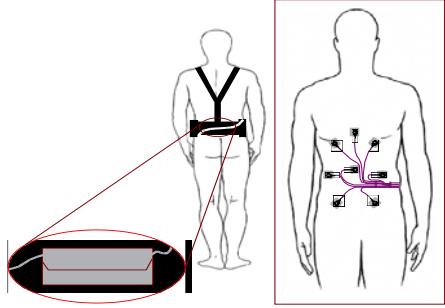
Este procedimiento implica la ingestión de una pequeña cápsula (del tamaño de una pastilla de vitaminas) que recorre de forma natural el tubo digestivo a la vez que va recogiendo imágenes del mismo. Dichas imágenes son transmitidas a unos sensores adheridos a la piel del abdomen y que están conectados a un Holter, similar a un Walkman, que almacena todas las imágenes. Finalizada la exploración, habitualmente transcurridas más de ocho horas, se conecta a una estación de trabajo que permitirá el procesamiento de todos los datos. La cápsula es desechable y será excretada de forma natural por los movimientos intestinales. En el caso muy infrecuente de que no excrete de forma natural, ésta deberá ser extraída mediante endoscopia o cirugía.

2.- Es importante que antes de la exploración informe a su médico sobre posibles antecedentes o problemas relacionados con la deglución (dificultad al tragar), cirugía abdominal previa o episodios anteriores de obstrucción intestinal.

3.- Si posteriormente se va a realizar una resonancia nuclear magnética y no tiene seguridad de haber expulsado la cápsula, debe realizarse una radiografía abdominal antes de la resonancia para descartar su presencia en el tubo digestivo.

4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como obstrucción de la vía aérea, dolor abdominal, vómitos u obstrucción intestinal, y otros excepcionales como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.





5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin una correcta preparación.

También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico perseguido.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración. Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice un **ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA.**

En....., a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la Médico Fdo: El/la Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña , de , años de edad
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en , y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña , de , años de edad
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en , y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

en calidad de....., de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En....., a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la Médico Fdo: El/la Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado