

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO**

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

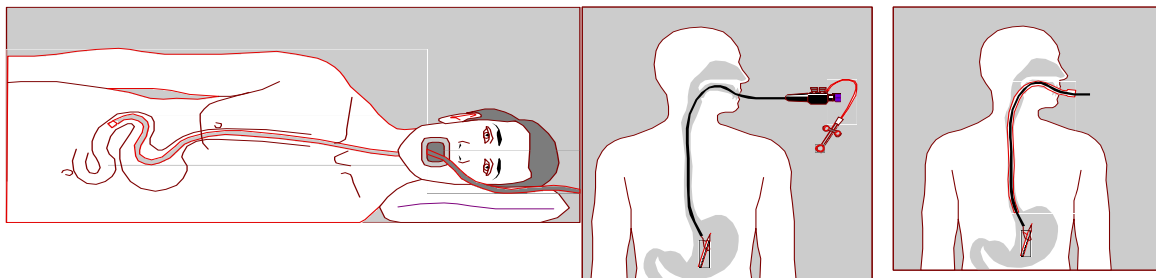
Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO.

1.- Con esta técnica endoscópica se pretende extraer un cuerpo extraño enclavado o estancado en el tracto digestivo superior (esófago, estómago o duodeno), previamente ingerido voluntaria o involuntariamente, así como determinar las posibles lesiones que éste haya podido producir. Generalmente requiere la realización previa de pruebas radiológicas que nos ayuden a valorar la situación, forma, lesiones producidas por el cuerpo extraño, etc.

2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación, la anestesia y/o la utilización de un anestésico tópico con el fin de disminuir la sensación nauseosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral. Según las características del objeto puede ser recomendable o necesaria la anestesia general con o sin intubación de la vía aérea. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación, de la anestesia tópica y de la anestesia general con o sin intubación de la vía aérea.

3.- La técnica se realiza habitualmente con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), y con la ayuda de un abrebocas, se introduce el endoscopio por vía oral con la finalidad de visualizar la localización del cuerpo extraño, las posibles lesiones que haya producido, y, si es posible, proceder a su extracción endoscópica con la ayuda de utensilios como pinzas, asas, cestas, etc. Según las características del objeto a extraer puede ser necesaria la utilización de un "sobretubo" plástico a fin de evitar lesiones durante las maniobras de extracción. Este utensilio aumenta el diámetro del endoscopio de forma considerable, lo que añade alguna dificultad de manejo y algún riesgo de complicación.



4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión y dolor abdominal hemorragia, perforación, infección,

aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

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

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/tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

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 una **EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO.**

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