

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACION DE PROTESIS EN EL COLON

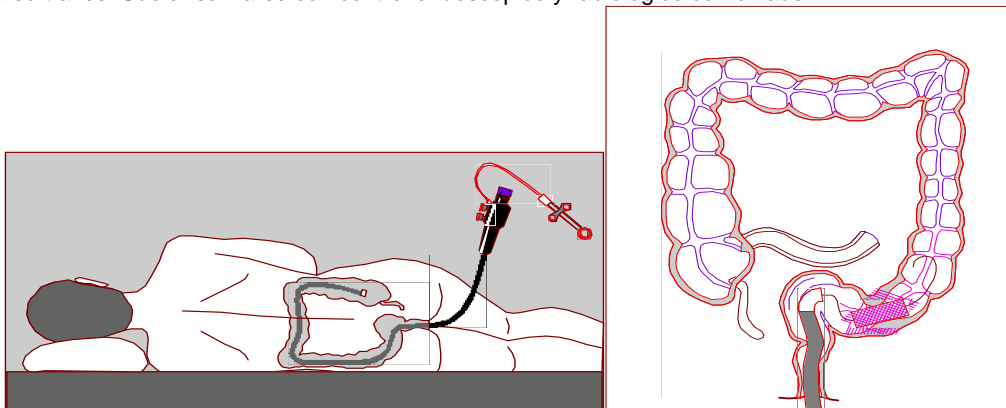
Don/Doña:....., de .....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)  
Con domicilio en: ..... y DNI: .....  
(Domicilio del paciente)  
Don/Doña:....., de .....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del representante legal)  
Con domicilio en: ..... y DNI: .....  
(Domicilio del representante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

### 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 COLOCACION DE PROTESIS EN EL COLON.

- 1.- Es una técnica que pretende la colocación, con control endoscópico, de un tubo o prótesis (puede ser rígido o autoexpandible, recubierto o no) en una zona estenótica del colon con la finalidad de asegurar el paso del material fecal a través de la zona estrecha de forma provisional o definitiva. Previa a la colocación de la prótesis puede ser necesaria la dilatación de la zona estenótica.
- 2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación y en ocasiones incluso la anestesia general. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación y de la anestesia general.
- 3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) se introduce el colonoscopio por vía anorrectal hasta llegar a la zona donde se encuentra la estenosis y, tras realizar en algunos casos dilatación de la zona, se coloca la prótesis que asegure de manera provisional o definitiva el paso del material fecal a su través. Suele realizarse con control endoscópico y radiológico combinado.



- 4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión abdominal, mareo, hemorragia, perforación, neuroperitoneo, peritonitis, infección, dolor, hipotensión, reacción alérgica y flebitis y excepcionales, como aspiración bronquial, 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. También puede obstruirse o migrar la prótesis.

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

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 pequeño de pacientes podría no conseguirse el resultado 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 del tratamiento. Y en tales condiciones

### CONSIENTO

que se me realice una **COLOCACION DE PROTESIS EN EL COLON.**

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