

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA REALIZAR UNA COLOCACIÓN DE SONDA ENTERAL**

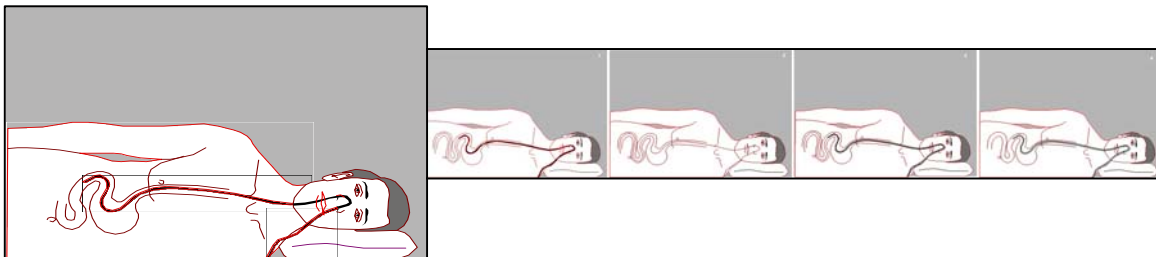
Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)
Con domicilio en: y DNI:
(Domicilio del paciente)
Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)
Con domicilio en: y DNI:
(Domicilio del representante legal)
En calidad de de
(Representante legal, 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 realizar una COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA ENTERAL.

- 1.- Es una técnica endoscópica que permite la colocación de una sonda en el intestino delgado con intención diagnóstica y/o terapéutica.
- 2.- El procedimiento se realiza siempre con indicación del médico especialista, puede hacer recomendable la anestesia tópica nasal, la sedación y raramente la anestesia general. También se me ha informado de los posibles riesgos de la anestesia tópica, de la sedación y de la anestesia general.
- 3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se introduce un endoscopio de calibre fino a través del orificio nasal hasta la luz esofágica, pasando al estómago y hasta la luz duodenal (a). A continuación se pasa un alambre guía lo más profundamente posible en el intestino delgado (b) y se extrae el endoscopio (c). Posteriormente sobre el alambre guía se introduce la sonda convenientemente lubricada (d) y finalmente se extrae el alambre y se fija la sonda a la nariz (e). Otra forma de realizar la técnica con un endoscopio de calibre convencional es introducir el endoscopio por vía oral, como en una gastroscopia normal y ayudar con una pinza de cuerpos extraños a pasar una sonda introducida por el orificio nasal hasta tramos lo más profundos del intestino delgado.



- 4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como laceración de cornetes nasales, hemorragia, laceración del septum nasal, laceración de la pared posterior de la rinofaringe, inflamación de la trompa de Eustaquio, sinusitis, sinequias entre los cornetes y el septum nasal, perforación, infección o sepsis, mediastinitis, aspiración bronquial, distensión y dolor abdominal, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis, o

excepcionales como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente.

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 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 del tratamiento. Y en tales condiciones.

CONSENTO

que se me realice una **COLOCACIÓN ENDOSCOPICA DE SONDA ENTERAL** y de aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia, citología y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o foto coagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma.

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