

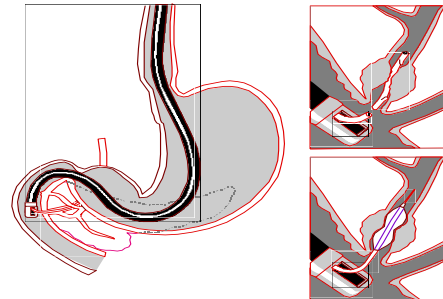
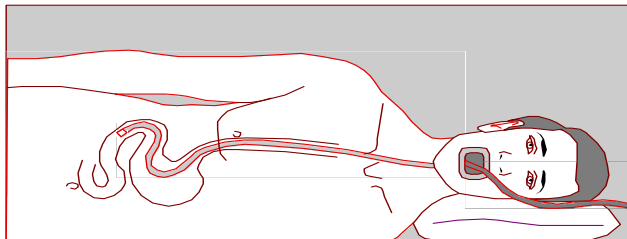
**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE)**

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 COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE).

- 1.- Es una técnica que pretende el diagnóstico y el tratamiento de algunos procesos que afectan a la vía biliar o pancreática, como, malformaciones (páncreas divisum), la existencia de cálculos en el colédoco, pancreatitis de origen biliar, estenosis benignas o malignas, etc. La técnica requiere habitualmente un endoscopio de características especiales (visión lateral y mayor calibre), el control radiológico, y otros instrumentos accesorios como catéteres, dilatadores, esfinterotomos, cestas, litotriptores (fragmentador de cálculos), 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. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación, de la anestesia general, y de la anestesia tópica, así como de la radiología necesaria para el control de la técnica.
- 3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) se introduce el endoscopio de visión lateral, progresando por esófago, estómago y duodeno hasta visualizar el orificio papilar, que se canaliza con un catéter a través del cual se inyecta contraste que será visualizado por radiología convencional para verificar el diagnóstico. Una vez canalizada la papila se puede utilizar un esfinterotomo que corta la papila a fin de poder pasar a través de ella utensilios que nos permitan la extracción de cálculos, limpieza de la vía biliar, colocación de prótesis biliares o pancreáticas, etc.



- 4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como hemorragia, perforación, infección o sepsis, pancreatitis, aspiración bronquial, distensión y dolor abdominal, hipotensión, náuseas y vómitos, reacciones alérgicas y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación mandibular, que pueden ser graves y requerir

tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad. En caso de colocación de prótesis, puede producirse su obstrucción o migración.

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin que el paciente esté 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 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 **COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE)** y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia, citología y otros) como terapéuticos (esfinterotomía, fragmentación y extracción de cálculos de otros cuerpos extraños, dilatación de estenosis, diversas técnicas de drenaje del árbol biliar o pancreático, resección o destrucción de tumores, etc.) que sean aconsejables durante la prueba.

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