

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
POLIPECTOMIA-MUCOSECTOMIA EN EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR**

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)

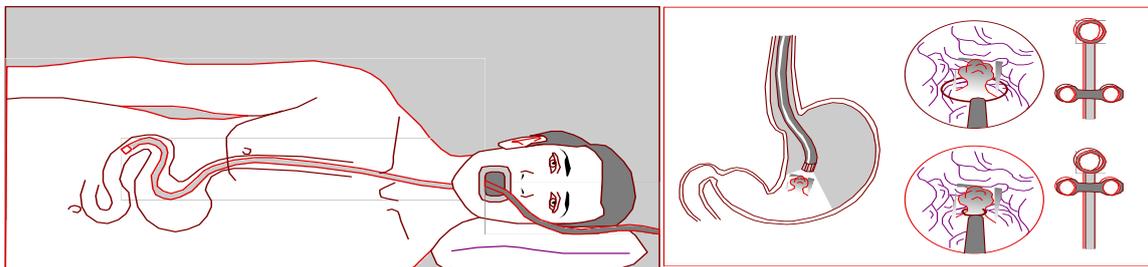
En calidad de ..... de .....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**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 POLIPECTOMIA-MUCOSECTOMIA EN EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.

- 1.- Es una técnica endoscópica que pretende la extirpación de pólipos u otras lesiones neoplásicas encontrados en el tracto digestivo superior mediante la utilización de un gastroscopio y un asa de diatermia (lazo metálico) conectado a una unidad electroquirúrgica, que transmite corriente eléctrica que corta y coagula.
- 2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación, la anestesia con o sin intubación de la vía aérea 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.
- 3.- Con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se introduce el endoscopio por vía oral, con ayuda de un abre bocas. Una vez visualizada la lesión, se abraza con un asa de diatermia que transmite una corriente eléctrica que corta la lesión y puede producir coagulación al mismo tiempo. La lesión, una vez extirpada, se recupera si es posible y se envía para su estudio anatómico-patológico.



4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión, dolor abdominal, infección, hipotensión, aspiración bronquial, neumoperitoneo, perforación, peritonitis, hemorragia, 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 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/tratamiento perseguido. 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 **POLIPECTOMIA-MUCOSECTOMIA EN EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.**

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