

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ENDOSCOPICO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

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 un TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

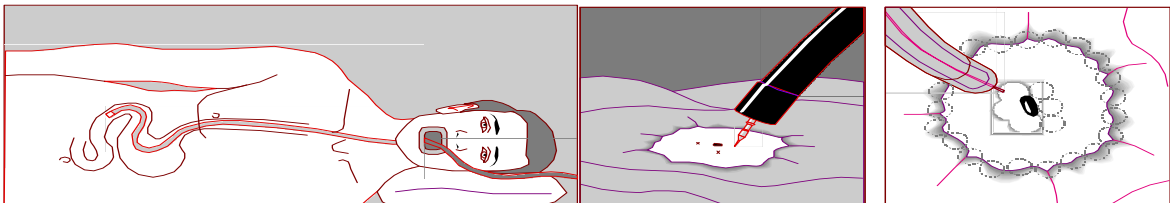
1.- El tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva alta es una técnica cuyo propósito o finalidad es, tras su diagnóstico, instaurar el tratamiento endoscópico adecuado sobre las lesiones sangrantes o que puedan producir sangrado del tracto digestivo superior (esófago, estómago o duodeno). Está indicada en todas las hemorragias digestivas que sospechamos tienen su causa en este tramo del tubo digestivo.

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 con el fin de disminuir la sensación nauseosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral.

También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación o anestesia y de la anestesia tópica.

3.- La técnica se lleva a cabo habitualmente con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), y tras la introducción oral del endoscopio (a través de un abrebocas) se revisa esófago, estómago y duodeno, tratando de valorar las lesiones que han producido, están produciendo o pueden producir HDA (hemorragia digestiva alta).

La finalidad fundamental es aplicar sobre ellas tratamiento con sondas de calor, sustancias esclerosantes, bandas, gas argón, clips, lazos, etc., que hagan cesar la hemorragia, e incluso actuar de manera profiláctica sobre determinadas lesiones con el fin de prevenir nuevos episodios de sangrado.



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 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. 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 un **DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ENDOSCOPICO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.**

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

