

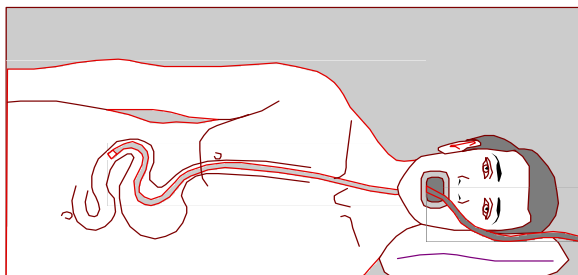
**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PANENDOSCOPIA ORAL (ESÓFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA)**

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 PANENDOSCOPIA ORAL (ESÓFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA).

- 1.- La panendoscopia oral es una técnica endoscópica cuyo propósito es la visualización de la pared del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno) con la finalidad de poder diagnosticar diferentes enfermedades que afecten este trayecto.
- 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 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 prueba se realiza, habitualmente, con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y tras la introducción oral del endoscopio (a través de un abre bocas), se visualiza la pared del esófago, estómago y duodeno. En el mismo acto pueden tomarse pequeñas muestras de tejido (biopsia) para su estudio.
- 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, incluyendo 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 estar el paciente 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 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 o realizar otras técnicas terapéuticas. 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 **PANENDOSCOPIA ORAL (Esofago-gastro-duodenoscopia)** 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)
Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

(Fecha)
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.