

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA POLIPECTOMIA-MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN EL COLON**

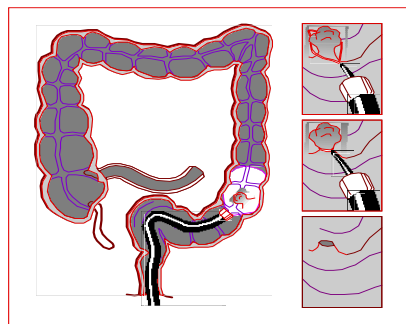
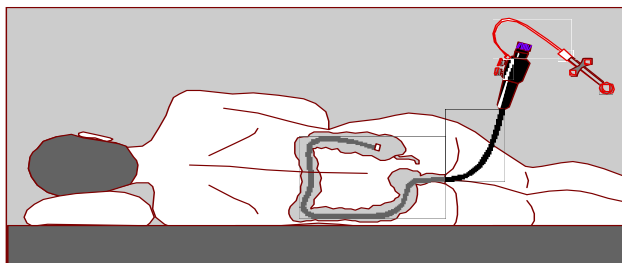
Don/Doña:....., de .....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)  
Con domicilio en: ..... y DNI: .....  
(Domicilio del paciente)  
Don/Doña:....., de .....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del representante legal)  
Con domicilio en: ..... y DNI: .....  
(Domicilio del representante 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-MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN EL COLON.

- 1.- Es una técnica endoscópica que pretende la resección o extirpación de pólipos o lesiones elevadas encontrados en el colon. Se utiliza un colonoscopio y un asa de diatermia (lazo metálico) mediante la cual se transmite corriente eléctrica desde una unidad electroquirúrgica que corta la lesión y coagula su base de implantación. En ocasiones, y según las características de la lesión, puede utilizarse un Endoloop (sistema de lazo de plástico) o un clip metálico que comprimen el cuello del pólipo u otras técnicas para prevenir el sangrado.
- 2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación o la anestesia. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación y de la anestesia.
- 3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se introduce el colonoscopio por vía anorrectal progresando por el colon. Una vez visualizado el pólipo o lesión elevada, se enlaza con un asa de diatermia que transmite una corriente eléctrica que corta la lesión y puede producir coagulación al mismo tiempo. El pólipo o lesión elevada, una vez extirpado, se recupera si es posible y se envía para su estudio histológico.



- 4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como hemorragia, quemadura, perforación, neumoperitoneo, peritonitis, infección, dolor, hipotensión, distensión abdominal y mareo, reacción alérgica y flebitis y/o excepcionales,

como aspiración bronquial, arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), 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 del colon.

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. 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-MUCOSECTOMÍA ENDOSCOPICA EN EL COLON**, por cualquiera de los procedimientos actualmente utilizados.

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