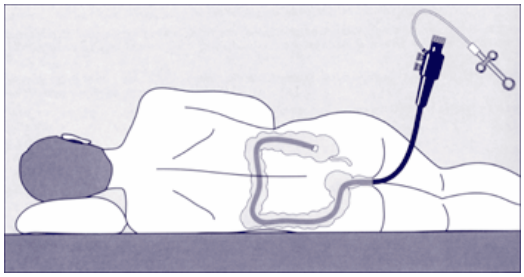
Hospital Universitario La Paz Hospital Carlos III Hospital Cantoblanco Paseo de la Castellana, 261 28046 MADRID ☎ 91 727 70 00	**ETIQUETA** (EN SU DEFECTO, INDIQUE NOMBRE Y UBICACIÓN DEL PACIENTE) **NOMBRE:** ..... **PROCEDENCIA (CAMA):** ..... **NHC :** ..... **FECHA :** ..... **/**..... **/**..... **GÉNERO :**.....
CONSENTIMIENTO INFORMADO **IDENTIFICACIÓN: G-DIG-008**	**SERVICIO DE DIGESTIVO. UNIDAD DE TÉCNICAS** **SERVICIO DE ANESTESIA**

PROCEDIMIENTO: COLONOSCOPIA

¿QUÉ LE VAMOS A HACER?

1. Descripción del procedimiento

- **En qué consiste:** La colonoscopia es una técnica endoscópica cuyo propósito es visualizar la pared del recto, colon y de una parte del último tramo del intestino delgado. Se realiza introduciendo un endoscopio (un tubo flexible con una lámpara en la punta) por el ano o por aberturas en la pared abdominal, alcanzando el último tramo del intestino delgado cuando es preciso.
- **Cómo se realiza:** El paciente debe realizar previamente la preparación que se le ha indicado. En la mayoría de las ocasiones se inicia la exploración estando acostado sobre el lado izquierdo. Es importante que usted informe al médico de posibles alergias y de las enfermedades que padece, así como de la medicación habitual que toma.
  Durante la realización de la misma puede ser necesario realizar tomas de muestras de tejidos (biopsias) para completar el diagnóstico. En una proporción importante de las exploraciones se encontrarán pólipos que el médico intentará extirpar en el mismo momento de la prueba. Asimismo, durante la exploración pueden encontrarse otro tipo de lesiones que sea necesario quemar o cauterizar. Estos tratamientos no suelen producir ningún dolor.
  La exploración se realiza con diferente grado de sedación/anestesia lo que se consigue mediante la administración de fármacos intravenosos en la dosis necesaria para cada paciente, siendo el médico anestesista, junto al personal asistencial de la unidad, el encargado de realizar y controlar el proceso de la sedación. Se recomienda acudir acompañado a la realización de la prueba. Del mismo modo se recomienda también permanecer acompañado durante las siguientes doce horas, no pudiendo reincorporarse a las actividades habituales, según se le indique.



- **Cuánto dura:** tiene una duración variable entre 30 y 45 minutos.

2. Qué objetivos persigue: Sirve para realizar el diagnóstico de las enfermedades que afectan a estos órganos mediante la visualización de la pared del tubo digestivo, para poder indicar el tratamiento más adecuado a su enfermedad. En una pequeña proporción de casos podría no conseguirse el diagnóstico o el tratamiento perseguido por no visualizar la totalidad del colon por existencia de acodaduras en el mismo, a pesar de haber realizado una técnica adecuada

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

1. Riesgos generales:

- **Riesgos frecuentes:** Pueden aparecer nauseas, vómitos y sensación de presión en el abdomen por la introducción de aire. Estas molestias habitualmente desaparecen ventoseando. La hemorragia y la perforación del colon son complicaciones posibles durante la prueba diagnóstica pero pueden aparecen con más frecuencia cuando se realizan técnicas de tratamiento como la resección de pólipos. Estas complicaciones pueden requerir tratamiento urgente, e incluso cirugía. La punción accidental de una vena puede provocar flebitis/tromboflebitis. Complicaciones como la infección, el paso de contenido gástrico al pulmón (aspiración) o la hipotensión son más raras.
- **Riesgos poco frecuentes:** Las reacciones alérgicas a medicamentos, alteraciones del ritmo del corazón, una parada cardiorrespiratoria, una disminución de la respiración o un trombo/hemorragia cerebral, son complicaciones excepcionales graves que conllevan un riesgo de mortalidad. Entre los poco frecuentes pero graves, cabe destacar, reacciones inesperadas a la sedación y descompensación de cualquier enfermedad que presente previamente.

2. Riesgos personalizados:

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones ..... .

3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo: Llegar al diagnóstico de su enfermedad e instaurar tratamiento oportuno. La no realización del procedimiento puede provocar un retraso en el diagnóstico de la enfermedad que padece y de su tratamiento.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

Mediante técnicas radiológicas (enema opaco o TAC colonografía) y otros procedimientos que se le explican al paciente, es posible estudiar el intestino aunque de manera indirecta y menos completa. Con ellas no podrá realizarse simultáneamente a la prueba la toma de biopsias ni el tratamiento de las lesiones.

¿NOS AUTORIZA?

Por este documento solicitamos su autorización para realizarle el procedimiento y/o prueba, y usar imágenes e información de su Historia Clínica con fines docentes o científicos, ya que está siendo atendido en un Hospital Universitario. Su anonimato será respetado.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento.

Conforme a lo dispuesto en la LOPD (Ley de Protección de Datos) 15/1999 de 13 de diciembre se informa que los datos del paciente serán objeto de tratamientos e incorporados a ficheros del Servicio Madrileño de Salud y de la Gerencia del Hospital con fines asistenciales, de gestión, investigación científica y docencia. Solo podrán ser cedidos a organismos autorizados. Podrá ejercer el derecho a acceso, cancelación, rectificación y oposición en la Gerencia del Hospital.

1. Relativo al paciente:

D./D.ª ..... con D.N.I. ..... .

He sido informado/a suficientemente del procedimiento que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas; la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicho procedimiento por el médico responsable y/o médico residente supervisado por facultativo especialista. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

Sé que estoy siendo atendido en un Hospital Universitario. Autorizo SI ☐ NO ☐ para utilizar material gráfico o biológico resultado de la intervención con fines docentes y científicos. Su anonimato será respetado.

Firma del paciente Fecha: ...../...../.....

2. Relativo al médico que indica la prueba:

Dr./Dra. ..... he informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico Fecha: ...../...../.....

3. Relativo al médico que la realiza (Digestivo/Anestesia):

Dr./Dra.…… y Dr./Dra.…….…….. hemos informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico de digestivo Fecha: ...../...../.....

Firma del médico anestesista

4. Relativo a los familiares y tutores:

El paciente D./D.ª ..... no tiene capacidad para decidir en este momento.

D./D.ª ..... con D.N.I. ..... y en calidad de ..... he sido informado/a suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del tutor o familiar Fecha: ...../...../.....

5. Relativo a la no aceptación (REVOCACIÓN) del Consentimiento Informado:

D./D.ª ..... con D.N.I .....

He sido informado/a de que puedo revocar este documento previamente a la realización del procedimiento, por lo que manifiesto que **NO** doy mi Consentimiento para someterme a la realización de la misma, dejando sin efecto mi Consentimiento anterior. Deseo hacer las siguientes observaciones .....
.....

Firma del paciente Fecha: ...../...../.....