



Hospital Universitario La Paz

Comunidad de Madrid

Paseo de la Castellana, 261
28046 MADRID
☎ 91 727 7158

ETIQUETA

(EN SU DEFECTO, INDIQUE NOMBRE Y UBICACIÓN DEL PACIENTE)

NOMBRE:

PROCEDENCIA (CAMA): NHC:

FECHA:/...../..... GÉNERO:.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO
IDENTIFICACIÓN

SERVICIO DE DIGESTIVO

ECOGRAFÍA ENDOANAL Y ENDORECTAL

¿QUÉ LE VAMOS A HACER?

1. Descripción del procedimiento

- **En qué consiste:** Consiste en la introducción de una sonda de ecografía rígida por el ano para obtener imágenes por ultrasonido de la porción distal del recto, el canal anal y estructuras adyacentes. En ocasiones se utiliza un balón que se distiende en el recto, siendo necesario introducir agua oxigenada por el orificio fistuloso externo para valorar el trayecto de fistulas anales, cuando este es el motivo del estudio.
- **Cómo se realiza:**
 - **Preparación:**
 - ✓ No es necesario acudir en ayunas
 - ✓ Es preciso administrarse un enema de limpieza 2 horas antes de la realización de la exploración.
 - La exploración se realiza con el paciente en tumbado del lado izquierdo. El transductor es electrónico de un calibre de 10 mm, sobre el que se coloca una funda de látex y un gel conductor. Posteriormente, se introduce la sonda de ecografía a través del ano, progresando unos 10-12 cm. Se puede notar espasmos o presión abdominal y un deseo de defecar por ocupación del recto, tratándose de un hecho normal que desaparece rápidamente.

2. Qué objetivos persigue: Diagnosticar enfermedades del segmento digestivo explorado

3. Contraindicaciones: La principal es la estenosis o estrechez del conducto anal que impida la progresión de la sonda de ecografía

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

1. Riesgos generales: A pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su correcta realización, pueden producirse efectos indeseables como molestias abdominales y anales, mareo o sangrado, casi siempre de poca cuantía y autolimitado. Conviene añadir los riesgos menores que pueden derivar del uso de enemas previo a la exploración.

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 para instaurar un tratamiento.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

En el terreno diagnóstico la alternativa es la exploración radiográfica mediante resonancia magnética nuclear, pero en su caso pensamos que la ecografía endoanal y/o rectal es la técnica de elección. En ocasiones puede ser necesaria la utilización de ambas pruebas.

¿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 dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento. Conforme a lo dispuesto en la LOPD (Ley de Protección de Datos) 15/1999 de 13 de diciembre se informa que sus datos serán objeto de tratamientos e incorporados a ficheros del área 5 Atención especializada 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 Área.

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:/...../.....

2. Relativo al médico que la realiza:

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:/...../.....

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:/...../.....