Hospital Universitario La Paz SaludMadrid Comunidad de Madrid 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-038**	**SERVICIO DE DIGESTIVO**

CÁPSULA ENDOSCÓPICA

¿QUÉ LE VAMOS A HACER?

1. Descripción del procedimiento

- **En qué consiste:** la cápsula endoscópica es una técnica diseñada para el estudio del intestino en relación con su enfermedad. En general no es molesta ni necesita ninguna sedación. Se debe tragar una cápsula parecida a una pastilla "grande", que recorrerá de forma natural su intestino recogiendo imágenes del mismo para detectar lesiones intestinales que no pueden ser diagnosticadas por los medios utilizados hasta ahora. Las imágenes son transmitidas a un grabador, que se transporta en un cinturón mientras dura la exploración.
- **Cómo se realiza:** puede ser necesario hacer exploraciones previas: radiológicas o endoscópicas, que desaconsejen o no hagan necesaria la misma. Díganos si tiene cirugías abdominales, episodios de obstrucción intestinal previos, embarazo, alergias, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, enfermedades que puedan complicar la toma de alimentos: (Parkinson, u otras).

  Si está tomando HIERRO, debe suspenderlo 7-10 días antes.

  Si toma antiinflamatorios,aspirina o antiagregantes, anticoagulantes, antidiabéticos, anticonvulsivos, debe decirlo

  La noche antes de la prueba **AFEÍTESE EL ABDOMEN SI LO PRECISA**, para que los detectores ajusten bien. Debe venir a la consulta con ropa ancha (2 piezas).

  AYUNO: Desde la noche antes de la exploración. Debe continuar tomando su medicación, menos la medicación correspondiente a la mañana que lo deberá retrasar hasta 4 horas después a la ingesta de la cápsula. Si padece **diabetes**, no tomará las pastillas el día de la prueba, hasta retomar dieta normal. Si se pone **insulina**, se administrará la mañana de la prueba la mitad de la dosis habitual, aplicándose la segunda mitad durante la comida después de la exploración. Antes de tomar la cápsula, es posible que se le administre alguna medicación para facilitar la calidad de la exploración.
- **DESPUÉS DE TOMAR LA CÁPSULA:** No debe realizarse resonancias magnéticas ni pasar por arcos de seguridad mientras se realiza la prueba, ni hasta confirmar que ha eliminado la cápsula. La cápsula será expulsada con la deposición. No debe recuperarla, pero sí asegurarse que ha sido expulsada.Si no la hubiera expulsado tras 7 días, presenta dolor abdominal o nauseas los días posteriores, contacte con la **Unidad de Endoscopias (teléfono: 917277158)**
- **Cuánto dura:** aproximadamente 8 horas

2. Qué objetivos persigue: confirmar el diagnóstico de la enfermedad.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

1. Riesgos generales:

- A pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su correcta realización, con muy poca frecuencia, pueden presentarse complicaciones como: paso a vías respiratorias, dolor abdominal, vómitos u obstrucción intestinal por detención de la cápsula (1%), en éstos casos se deberá retirar la misma con endoscopia o, más raramente, cirugía. Pueden producirse fallos en la recepción de la señal o pérdida de la información proporcionada por la cápsula. Además, puede que no diagnostique su problema, debiendo repetir o realizar otras pruebas.

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:

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

No hay otras alternativas endoscópicas diagnósticas mejores en el momento actual

¿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. ..... 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 a los familiares y tutores:

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

D./Dª. .... con D.N.I. ..... y en calidad de ..... he sido informado/a suficientemente del procedimiento 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: ...../...../.....