

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PANENDOSCOPIA ORAL (ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA)

Nº DE HISTORIA..... DE.....AÑOS DE EDAD

DON/DOÑA..... Y DNI.....

(NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE)

CON DOMICILIO EN:.....

(DOMICILIO DEL PACIENTE)

DECLARO

QUE EL DOCTOR/A **DR.DEL CASTILLO-DRA.MARCE LANDETA**

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una PANENDOSCOPIA ORAL (ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA)

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 **PANENDOSCOPIA ORAL (esófago-gastro-duodenoscopia)**, por cualquiera de los procedimientos actuales utilizados.

En..... a.....

Fdo. El/la medico

Fdo. El/la paciente

Fdo.: el representante legal o familiar

REVOCAION

Don/doña.....de.....años de edad

Con domicilio en.....y DNI.....

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....a.....

Fdo.: el/la medico

Fdo.: el/la paciente

Fdo.: el representante legal o familiar

Tanto la gastroscopia como la colonoscopia son técnicas diagnosticas que pueden ser realizadas sin anestesia y así se han venido realizando en muchos centros, pero debido a que son pruebas molestas y en ocasiones dolorosas, cada vez son más los pacientes que demandan ser anestesiados.

En nuestro centro ofrecemos anestesia a todos los pacientes.

La anestesia necesaria para la realización de la prueba es de poca duración, muy ligera y produce un despertar agradable pero aun así es necesario advertir a los pacientes de sus posibles complicaciones y de las precauciones a tomar.

- Complicaciones remotas: son la parada cardiaca, insuficiencia respiratoria, alergia medicamentosa severa, pérdida de un órgano principal.
- Complicaciones más frecuentes: son daño de piezas dentales, heridas en la boca, nauseas, vómitos, dolor de garganta.

Recomendaciones anteriores a la prueba:

Aunque se le pide venir en ayunas, tome su medicación habitual, adelante la hora de la medicación si esta debe ser tomada a una hora cercana a la prueba. Son excepciones los medicamentos para la diabetes.

Si toma medicación que afecta a la coagulación de la sangre méncionelo antes de la prueba.

Avísenos si tiene piezas dentales, dentadura postiza o dientes en mal estado.

Es importante que traiga ropa y calzado cómodo, si se le va a realizar una colonoscopia usted se despertara con el abdomen hinchado debido al aire que se introduce durante la prueba.

Procure no maquillarse (sobre todo los labios), no traer joyas u otros objetos de valor y no debe traer las uñas pintadas.

Calcule llegar un poco antes de la hora, entrar a la sala más tranquila que si llega de prisa y nos ayudara en el cumplimiento del horario. Tenga paciencia si se le llama algo mas tarde de la cita, en ocasiones las endoscopias llevan más tiempo de lo previsto.

Venga acompañado de una persona adulta y piense que después de la prueba no podrá conducir.

Recomendaciones para después de la prueba:

No ingerir bebidas alcohólicas

No conducir ninguna clase de vehículos hasta pasadas 24 horas de la anestesia

No tomar decisiones importantes

Procure estar acompañado de una persona adulta o asegúrese de que un adulto este fácilmente localizable si así lo necesitara

Vuelva a su dieta de manera gradual

Notifíquenos de la aparición de síntomas anómalos en su recuperación

- ¿Ha sido usted intervenido en el pasado?.....SI NO
- ¿Qué intervenciones?.....SI NO
- ¿Tuvo problemas con la anestesia?.....SI NO
- ¿Ha tenido algún ingreso grave?.....SI NO
- ¿Sufre problemas de asma o bronquitis?.....SI NO
- ¿Fuma con regularidad?.....SI NO
- ¿Ha sufrido algún infarto de corazón?.....SI NO
- ¿Tiene la tensión arterial alta?.....SI NO
- ¿Ha sufrido trombosis o embolias?.....SI NO
- ¿Se desmaya con frecuencia?.....SI NO
- ¿Sufre usted de diabetes?.....SI NO
- ¿Ha sufrido algún derrame cerebral?.....SI NO
- ¿Sufre de riñón?SI NO
- ¿Sufre de hepatitis?..... SI NO
- ¿Tiene problema con las cervicales?.....SI NO
- ¿Tiene dentadura postiza?..... ..SI NO

Si sufre de alguna condición médica no mencionada en este formulario por favor
 escríbala.....

¿Es usted alérgico a algún medicamento?.....SI NO

Si lo es así díganos cual.....

¿Toma medicación con regularidad?.....SI NO

Si toma escriba sus nombres.....

**Certifico que he leído y entendido lo aquí escrito así como que he contestado a las preguntas
 con lo mejor de mi entendimiento.**

NOMBRE Y DOS APELLIDOS:.....

FECHA:.....FIRMA:.....