

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

Nº Historia:

D./dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,

Con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI Nº \_\_\_\_\_

D./dña.: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,

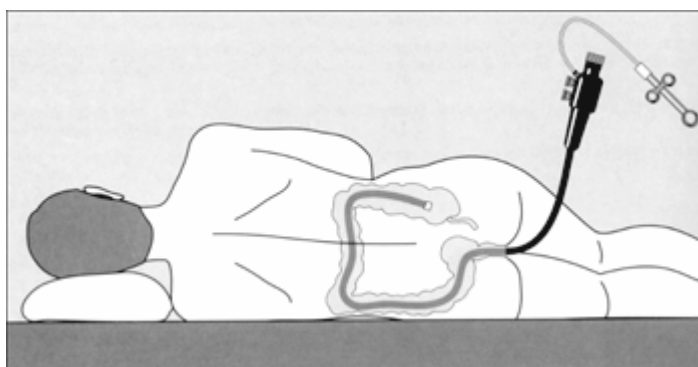
Con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI Nº \_\_\_\_\_

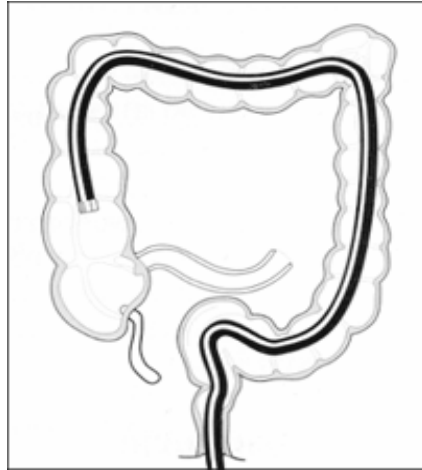
En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### DECLARO:

QUE EL DOCTOR / A: \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una COLONOSCÓPIA.

1. Es una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon), y en ocasiones los últimos centímetros de íleon terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. En ocasiones, si se detecta una lesión sangrante o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos.
2. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación. También me ha informado de los posibles riesgos de la sedación.
3. Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción anorrectal del endoscopio, se progresa por el colon examinando la pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis histológico o microbiológico.





4. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión abdominal, mareo, hemorragia, perforación, infección, dolor, hipotensión, y/o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.
5. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. 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 tratamientos alternativos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que nos 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 un una COLONOSCOPIA.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

## REVOCACIÓN

DON / DOÑA..... DE ..... AÑOS DE EDAD  
(Nombre y apellidos del paciente)

CON DOMICILIO EN..... Y D.N.I. Nº .....  
(Nombre y dos apellidos)

DON / DOÑA..... DE ..... AÑOS DE EDAD  
(Nombre y dos apellidos)

CON DOMICILIO EN..... Y D.N.I. Nº .....

EN CALIDAD DE..... DE.....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y apellidos del paciente)

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

En.....  
(Lugar y fecha)

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL