



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
COLANGIOPANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) Y
ESFINTEROTOMÍA**

Nº Historia:

D./dña.: _____ de _____ años de edad,

Con domicilio en _____ y DNI Nº _____

D./dña.: _____ de _____ años de edad,

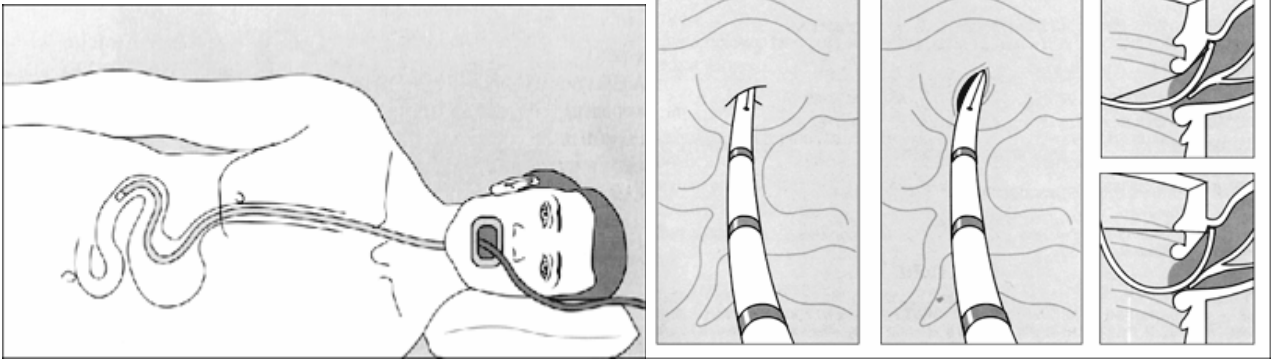
Con domicilio en _____ y DNI Nº _____

En calidad de _____ de _____

DECLARO:

QUE EL DOCTOR / A: _____, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una COLANGIOPANCREATOGRFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) Y ESFINTEROTOMÍA.

1. Es una técnica endoscópica que pretende la visualización endoscópico-radiológica de la vía biliar y pancreática con el fin de diagnosticar enfermedades de esta localización (vía biliar, pancreática, vesícula e hígado). Según las lesiones diagnosticadas, puede requerir en el mismo momento de la exploración actuación terapéutica sobre la zona.
2. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias puede hacer recomendable o necesaria la sedación. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación.
3. La técnica se realiza con un endoscopio de características especiales (visión lateral y mayor calibre) que es introducido por vía oral con la ayuda de un abrebocas. Se recorre esófago, estómago y duodeno hasta visualizar el orificio papilar, que es donde desembocan el conducto biliar y habitualmente el pancreático. A través de la papila se introduce un catéter por el que se inyecta contraste que permite la visualización radiológica de ambos conductos. El hallazgo de determinadas patologías puede requerir la realización de una esfinterotomía endoscópica (corte de la papila) con la ayuda de corriente eléctrica (esfinterotomo), que amplía el orificio papilar permitiendo un mejor drenaje de la bilis o la extracción en el mismo acto de cálculos que se encuentren en la vía biliar. Además puede completarse la técnica con la toma de biopsias o material para estudio.



4. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como hemorragia, perforación, infección, sepsis, pancreatitis, aspiración, dolor, hipotensión, náuseas, vómitos, o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), reacciones al contraste y subluxación mandibular, y las derivadas de la utilización de corriente eléctrica, 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 y al contraste, 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 COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) Y ESFINTEROTOMÍA.

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