

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN EL COLON**

Nº Historia:

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

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

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

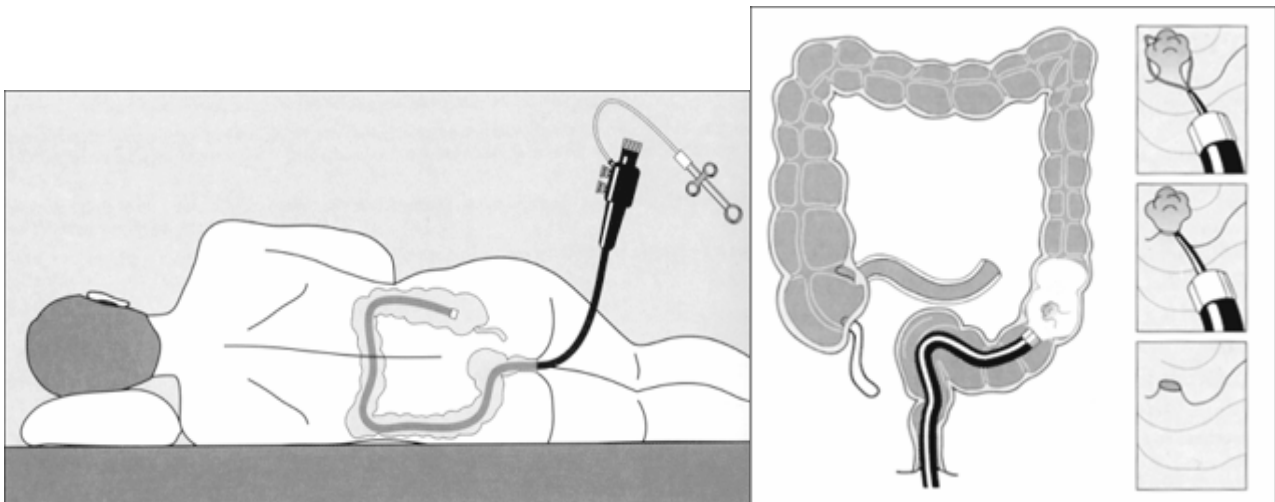
Con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI Nº \_\_\_\_\_

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

**DECLARO:**

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

1. Es una técnica endoscópica que pretende la extirpación de pólipos encontrados en el colon. Se utiliza un colonoscopio y un asa de diatermia (lazo metálico) mediante la cual se transmite corriente eléctrica desde una unidad electroquirúrgica que corta el pólipo y coagula su base de implantación. En ocasiones, y según las características del pólipo, puede utilizarse un Endoloop (sistema de lazo de plástico) que comprime el cuello del pólipo.
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. Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se introduce el colonoscopio por vía anorrectal progresando por el colon. Una vez visualizado el pólipo se enlaza con un asa de diatermia que transmite una corriente eléctrica que corta el pólipo y puede producir coagulación al mismo tiempo. El pólipo, una vez extirpado, se recupera si es posible y se envía para su estudio histológico.



4. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como hemorragia, quemadura, perforación, infección, dolor, hipotensión, distensión abdominal y mareo, y/o excepcionales, como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, neumoperitoneo, peritonitis, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo 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 POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN EL COLON.

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. N° .....  
(Nombre y dos apellidos)

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

CON DOMICILIO EN..... Y D.N.I. N° .....

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