

CONSENTIMIENTO PARA COLONOSCOPIA.

Ciudad y fecha:/...../20.....-

- 1.** Yo....., con un cuadro clínico caracterizado por, luego de haberse me explicado el mismo en términos claros y sencillos, y la patología que puedo presentar, como así también los objetivos, alcances y características del procedimiento, por la presente autorizo al **Dr./a** y a su equipo quirúrgico, a realizar una intervención conocida como, que se realizará en.....
- 2.** Se me ha informado que la colonoscopia es un método para examinar toda la mucosa del colon, utilizando un tubo fino, largo y flexible (colonoscopia) que se introduce en el recto y se progresa hasta el sitio donde el colon se conecta con el intestino delgado. De ser necesario durante el estudio pueden tomarse pequeñas muestras de tejido (biopsias), a las que se le realizará un estudio anatomopatológico, o resear pólipos. Los procedimientos endoscópicos del aparato digestivo constituyen una valiosa herramienta para el diagnóstico de enfermedades del colon, y en muchas ocasiones se utilizan también para efectuar su tratamiento, como por ejemplo la extirpación de pólipos (crecimientos anómalos del tejido).
- 3.** Se me ha aclarado que antes de la realización de la colonoscopia el intestino debe estar evacuado de todo residuo, para lo que se utiliza una medicación laxante en los días previos.
- 4.** Se me ha informado que las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de procedimiento son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa: dolor y distensión abdominal, perforación colónica, hemorragia, infección, estenosis secundaria.
- 5.** Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-
- 6.** Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
- 7.** Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que..... (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 8.** Se me ha aclarado que existen métodos diagnósticos alternativos, como ser colon por enema, radiografía, tomografía axial computada, ecografía, etc, ninguna de las cuales permiten la visualización directa de la zona explorada ni la realización de tratamientos curativos durante el procedimiento, detectar y resear pólipos sin necesidad de una cirugía abdominal. Por todo ello resulta aconsejable en mi caso proceder a realizar el procedimiento indicado.
- 9.** Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento propuesto y los riesgos y consecuencias de no acceder al mismo. Especialmente se me ha advertido que puede retrasarse el diagnóstico de una patología tumoral y su eventual tratamiento. Se me ha advertido además, que si mi patología fuese una hemorragia digestiva, la no realización del procedimiento trae aparejado un alto riesgo de necesitar de una

intervención quirúrgica para cohibir el sangrado, demora en el diagnóstico de su causa y riesgo de muerte por shock hipovolémico.

10. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el especialista me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.

11. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-----

12. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgico a:-----

13. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

14. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

15. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo el procedimiento indicado.

Firma del paciente:

Aclaración:..... **Documento:**.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: