

CONSENTIMIENTO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.

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

1. Yo....., con un cuadro clínico

caracterizado por, luego de haberse me explicado el mismo en términos claros y sencillos, la patología que puedo presentar como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del procedimiento, por la presente autorizo al

Dr./a, y a su equipo quirúrgico, a realizar

un procedimiento conocido como, que se realizará

en.....-

2. Se me han explicado los riesgos del mismo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

a) La Endoscopía Digestiva consiste en la introducción de un endoscopio a través de la boca, que permite visualizar la superficie interna de los órganos huecos en los cuales se introduce, principalmente esófago, estómago y duodeno.

b) Los procedimientos endoscópicos del aparato digestivo constituyen una valiosa herramienta para el diagnóstico de enfermedades del aparato digestivo, y en muchas ocasiones se utilizan también para instaurar un tratamiento determinado.

c) Las complicaciones que pueden originarse durante la realización de endoscopías digestivas son las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación y a título ejemplificativo las siguientes: mediastinitis, perforación de esófago, estómago o duodeno, hemorragia, infección, estenosis secundaria, neumoperitoneo; así como las complicaciones propias del acto anestésico.

3. 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.-----**4.** Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista, 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.

5. 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**6.** Se me ha aclarado que existen métodos diagnósticos alternativos, como ser la seriada esófagogastroduodenal, la cual no permite la visualización directa de la zona explorada ni la realización de tratamientos curativos durante su ejecución, resultando aconsejable en mi caso proceder a realizar el procedimiento indicado.**7.** Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento propuesto y los riesgos y consecuencias de no acceder al mismo. Se me ha aclarado que el procedimiento tiende a diagnosticar ciertas patologías del tracto digestivo superior, por lo que su no realización evita arribar a un diagnóstico anticipado de la enfermedad o afección que pudiese tener. Especialmente se me ha advertido que si mi patología fuese una hemorragia digestiva, la no realización del procedimiento trae aparejado un alto riesgo de necesitar una intervención quirúrgica para cohibir el sangrado, demora en el diagnóstico de la causa de sangrado, y riesgo de muerte por shock hipovolémico.

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

9. 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.

10. 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:.....-

11. 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.

12. 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.

13. 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: