 **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA**

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y QUE SEAN RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo al Dr. ……………………………………………………………….….. y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento

El propósito principal de la colonoscopia es realizar el diagnóstico de enfermedades del recto y colon. La exploración precisa anestesia general, de cuyos riesgos será informado/a por el anestesiólogo. Para realizar la colonoscopia, se introduce, a través del ano, un endoscopio flexible conectado a una cámara y una pantalla, que permite la observación directa de la mucosa recto-cólica a medida que va ascendiendo por colon, ayudándose con la insuflación de aire. También se utiliza como tratamiento (terapéutica) para la extirpación de pólipos u otras lesiones con posibilidad de realizar un estudio histológico de las mismas, o realizar biopsias mucosas del intestino grueso. Si la patología son pólipos intestinales, se procederá a su extirpación por cauterización y extracción. Si se trata de otra patología, la toma de biopsias pertinentes. Si la indicación de la exploración es por la presencia de un cuerpo extraño, la extracción del mismo. Habitualmente es una intervención que se realiza en régimen ambulatorio. Se suele precisar una preparación intestinal, previa y específica para la colonoscopia. Dada la complejidad del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables y complicaciones específicas del procedimiento: Poco graves y frecuentes: para la colonoscopia se introduce aire en el colon, lo cual puede causar molestia , puede tener el abdomen distendido y quizás molestias abdominales. Si presentase dolor intenso al concluir la exploración o en las horas siguientes, deberá ser visto por su médico, o acudir a urgencias. Si se extirpan pólipos, es habitual la expulsión de pequeños restos de sangre tras la exploración. Asimismo, puede darse una recidiva del pólipo o de la lesión, una rectorragia prolongada o dolor anal, que cede espontáneamente. Graves y poco frecuentes: se pueden producir complicaciones graves como perforación intestinal o hemorragia que podrían precisar una intervención quirúrgica urgente para su solución. El riesgo de hemorragia o perforación tras la extirpación de un pólipo es mayor que el de la colonoscopia aislada, pero el riesgo vital es menor que si se tuviera que operar para resolver el mismo problema. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada paciente, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

1. He recibido el documento informativo correspondiente y el consentimiento informado, me ha sido explicado de forma comprensible los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y el procedimiento a realizar, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Se me ha dado la oportunidad de REVOCAR MI CONSENTIMIENTO después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.- También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias a medicamentos, 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 o la gravedad de riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la Persona Legalmente Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_