

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO
PARA COLONOSCOPIA**

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente:		
Dr:		
C.I.A.:		
Planta:		
F. Ingreso:F. Nacimiento:		

DECLARO:

Que el/la Doctor/a me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una COLONOSCOPIA.

1. Es una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon), y en ocasiones los últimos centímetros de íleon terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones. En ocasiones, si se detecta una lesión sangrante o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos.
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 (reacción alérgica, depresión respiratoria y broncoaspiración).
3. Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y, tras la introducción anorrectal del endoscopio, se progresa por el colon examinando la pared. Si durante la exploración se visualizan zonas anómalas se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis histológico o microbiológico
4. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión abdominal, mareo, hemorragia, perforación, infección, dolor, hipotensión, y/o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, 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, 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 me 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 una COLONOSCOPIA.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE

MÉDICO

**ANESTESISTA
(SI PRECISA SEDACIÓN)**

**REPRESENTANTE
LEGAL**

Fdo: _____

Fdo: _____

Fdo: _____

Fdo: _____

D.N.I.: _____

Nº Colegiado: _____

Nº Colegiado: _____

D.N.I.: _____



DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, D/Dña. _____ después de ser informado /a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **denegación / revocación** (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE

MÉDICO

**REPRESENTANTE
LEGAL**

Fdo: _____
D.N.I: _____

Fdo: _____
Nº Colegiado: _____

Fdo: _____
D.N.I: _____

