

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO  
INFORMADO PARA  
PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNÓSTICA**

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 PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNÓSTICA.

1. La panendoscopia oral diagnóstica es una técnica endoscópica cuyo propósito es la visualización de la pared del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno) con la finalidad de poder diagnosticar diferentes enfermedades que afecten este trayecto.
2. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias puede hacer recomendable o necesaria la sedación o la utilización de anestésico tópico con el fin de disminuir la sensación nauseosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación y de la anestesia tópica (Reacción alérgica, depresión respiratoria y broncoaspiración).
3. La prueba se realiza, habitualmente, con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), y tras la introducción oral del endoscopio (a través de un abre bocas), se visualiza la pared del esófago, estómago y duodeno. En el mismo acto pueden tomarse pequeñas muestras de tejido (biopsia) para su estudio.
4. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como hemorragia, perforación, infección, aspiración, hipotensión, náuseas y vómitos, o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo) y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
5. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente y 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 técnicas o procedimientos 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 PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNÓSTICA.

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: \_\_\_\_\_

