



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

1. La **Colonoscopia** es una técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon) y en ocasiones los últimos centímetros del íleon terminal, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades de estas localizaciones.
2. En ocasiones si se detecta una lesión sangrante o pólipos, puede requerir actuación sobre ellos.
3. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias puede hacer recomendable o necesaria la sedación. También se me han informado de los posibles riesgos de la sedación.
4. Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado derecho) 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 y realizar técnicas de coagulación en caso de sangrado.
5. 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.
6. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También me ha advertido de 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 _____.
7. El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos.



ACEPTACIÓN/DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO, FIRMAS Y POSIBILIDAD DE REVOCACIÓN PARA REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA

FECHA:...../...../.....

D./Dña/..... (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE) D.N.I.:,

CIP:.....D./Dña/..... (NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/FAMILIAR/PERSONA

CON OTRA VINCULACIÓN DE HECHO (en caso de incapacidad del paciente para consentir o denegar, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, etc.) D.N.I.:

NOMBRE DEL PROFESIONAL SANITARIO QUE INFORMA:

D./Dña/.....

Nº COLEGIADO:

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización sabiendo que puedo revocarlo en cualquier momento firmando la denegación/revocación si llegara el caso.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Firma del paciente

Firma del Tutor o Representante Legal

Firma del Profesional