

Consentimiento informado para **VIDEOCOLONOSCOPIA**

Este documento tiene la finalidad de informarle acerca de los alcances y eventuales complicaciones de la endoscopia digestiva baja o videocolonoscopía (VCC). Como así también obtener su autorización para poder realizarla.

La VCC es un procedimiento endoscópico considerado seguro, que se utiliza con fines diagnósticos y/o terapéuticos resultando de suma utilidad para la detección de lesiones benignas y malignas ubicadas en el colon y recto, llegando en algunas circunstancias que requieran la visualización del último trayecto del íleon terminal. Este examen eventualmente se realiza bajo sedación anestésica la cual es efectuada por un médico anesthesiólogo.

Para la realización del estudio es indispensable limpiar el intestino adecuadamente por lo que se deberán ingerir laxantes. Los mismos pueden producir deshidratación que debe prevenirse con la ingesta de suficiente cantidad de líquidos y electrolitos, como será indicado.

La complicación más frecuente de este procedimiento diagnóstico es la perforación colónica, que se produce con una frecuencia aproximada del 0,4 % y requiere en la mayoría de los casos una intervención quirúrgica inmediata.

La VCC permite la detección de pólipos que son tumores habitualmente benignos que crecen lentamente en la luz del tubo digestivo y pueden evolucionar a cáncer. La polipectomía endoscópica consiste en la extirpación de dichas lesiones y se pueden realizar utilizando un lazo metálico denominado ansa o una pinza de biopsia. Ambos elementos cuando están conectados a una fuente de coagulación/corte permiten su resección a través de una corriente eléctrica.

Las complicaciones de la polipectomía son principalmente la hemorragia, durante el procedimiento endoscópico en forma tardía y la perforación intestinal que requiere tratamiento quirúrgico inmediato en la mayoría de las ocasiones, dejando un tratamiento conservador con antibiótico terapia endovenosa y seguimiento médico estricto.

Si usted sabe que padece una enfermedad cardiovascular deberá informarlo con anticipación para permitir que se tomen las medidas pertinentes y deberá realizar una consulta con el médico cardiólogo tratante en forma previa, informándole que tiene proyectado someterse a este procedimiento.

Así mismo deberá informar si está o cree estar embarazada, si recibe terapia anticoagulante, si ingiere habitualmente aspirina, analgésicos, antiinflamatorios o si padece cualquier enfermedad por usted conocida. Deberá concurrir acompañado y no podrá conducir vehículos durante las 8 hs posteriores al alta.

Debe saber que existen alternativas diagnósticas y terapéuticas a este procedimiento y que también existen alternativas profesionales e institucionales solicitando todas las explicaciones que considere necesarias, antes de someterse al examen.

Se deja constancia que tratándose de un procedimiento médico existe posibilidades de que surjan complicaciones inesperadas y que no es posible garantizar los resultados de las prácticas diagnósticas y terapéuticas.

Usted entiende que puede requerirse con inmediatez tratamientos o intervenciones alternativas o adicionales y da su consentimiento para que sean realizados si en la opinión del médico tratante fuese necesarios.

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento previo a la realización de la práctica.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, Ud. autoriza al Dr Oscar Olivera (MP: 451.794 MN: 127.094) y a los profesionales que el designe, a efectuar en su persona los procedimientos endoscópicos diagnósticos y/o terapéuticos que fueron indicados por el Dr..... Con el diagnostico de.....
San Isidro,.....de.....de.....

Firma del Paciente:

Firma de familiar/allegados

Aclaración:

Aclaración:

Nº de documento:

Nº de documento: