



Consentimiento informado para **VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

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

La VEDA 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 esófago, estómago o primeras porciones del intestino delgado, denominada duodeno. Este examen eventualmente se realiza bajo sedación anestésica la cual es efectuada por un médico anesthesiólogo.

El índice de complicaciones inherentes al procedimiento es inferior a 1 cada 5000 casos y habitualmente están vinculadas a procedimientos terapéuticos como dilataciones esofágicas, extracción de pólipos, tratamiento de várices, resección de lesiones duodenales, instrumentación de la vía biliar, etc.

La complicación más frecuente de este procedimiento diagnóstico son las hemorragias o la perforación del órgano estudiado o tratado. Estos eventos pueden requerir internación inmediata con intervención quirúrgica o de otra índole.

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 diagnóstico de.....

San Isidro,.....de.....de.....

Firma del Paciente:

Firma de familiar/allegados

Aclaración:

Aclaración:

Nº de documento:

Nº de documento: