

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

**Estimado paciente**

*San Vicente, Misiones, .....del mes de ..... del 202....*

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ y a su equipo quirúrgico a llevar a cabo la intervención referida en el encabezado del presente documento, la cual se realizará en esta institución.
- 2) Se me ha informado que la colonoscopia es un método para examinar toda la mucosa del colon, utilizando un tubo fino, largo y flexible (colonoscopia) que se introduce en el recto y se progresa hasta el sitio donde el colon se conecta con el intestino delgado. De ser necesario durante el estudio pueden tomarse pequeñas muestras de tejido (biopsias), a las que se le realizará un estudio anatomopatológico, o resear pólipos. Los procedimientos endoscópicos del aparato digestivo constituyen una valiosa herramienta para el diagnóstico de enfermedades del colon, y en muchas ocasiones se utilizan también para efectuar su tratamiento, como por ejemplo la extirpación de pólipos (crecimientos anómalos del tejido).
- 3) Se me ha aclarado que antes de la realización de la colonoscopia el intestino debe estar evacuado de todo residuo, para lo que se utiliza una medicación laxante en los días previos.
- 4) Se me ha informado que las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de procedimiento son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa: dolor y distensión abdominal, perforación colónica, hemorragia, infección, estenosis secundaria.
- 5) Se me ha aclarado que existen métodos diagnósticos alternativos, como ser colon por enema, radiografía, tomografía axial computada, ecografía, etc., ninguna de las cuales permiten la visualización directa de la zona explorada ni la realización de tratamientos curativos durante el procedimiento, detectar y resear pólipos sin necesidad de una cirugía abdominal. Por todo ello resulta aconsejable en mi caso proceder a realizar el procedimiento indicado.
- 6) Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento propuesto y los riesgos y consecuencias de no acceder al mismo. Especialmente se me ha advertido que puede retrasarse el diagnóstico de una patología tumoral y su eventual tratamiento. Se me ha advertido además que, si mi patología fuese una hemorragia digestiva, la no realización del procedimiento trae aparejado un alto riesgo de necesitar de una intervención quirúrgica para cohibir el sangrado, demora en el diagnóstico de su causa y riesgo de muerte por shock hipovolémico.
- 7) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
- 8) Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el especialista me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.

- 9) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 10) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que **(Tachar lo que no corresponda: SI/NO)** es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 11) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 12) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
- 13) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a \_\_\_\_\_

#### **DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

#### **SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente, dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Represento en carácter de:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_