

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

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) La Endoscopia Digestiva consiste en la introducción de un endoscopio a través de la boca, que permite visualizar la superficie interna de los órganos huecos en los cuales se introduce, principalmente esófago, estómago y duodeno. Los procedimientos endoscópicos del aparato digestivo constituyen una valiosa herramienta para el diagnóstico de enfermedades del aparato digestivo, y en muchas ocasiones se utilizan también para instaurar un tratamiento determinado.
- 3) Se me han explicado los riesgos de la intervención. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Se me ha aclarado que las complicaciones que pueden originarse durante la realización de endoscopías digestivas son las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación y a título ejemplificativo las siguientes: mediastinitis, perforación de esófago, estómago o duodeno, hemorragia, infección, estenosis secundaria, neumoperitoneo; así como las complicaciones propias del acto anestésico.
- 4) Se me ha informado que existen métodos diagnósticos alternativos, como ser la seriada esofagogastroduodenal, la cual no permite la visualización directa de la zona explorada ni la realización de tratamientos curativos durante su ejecución, resultando aconsejable en mi caso proceder a realizar el procedimiento indicado.
- 5) Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento propuesto y los riesgos y consecuencias de no acceder al mismo. Se me ha aclarado que el procedimiento tiende a diagnosticar ciertas patologías del tracto digestivo superior, por lo que su no realización evita arribar a un diagnóstico anticipado de la enfermedad o afección que pudiese tener. Especialmente se me ha advertido que, si mi patología fuese una hemorragia digestiva, la no realización del procedimiento trae aparejado un alto riesgo de necesitar una intervención quirúrgica para cohibir el sangrado, demora en el diagnóstico de la causa de sangrado, y riesgo de muerte por shock hipovolémico.
- 6) 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.
- 7) 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.

- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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: _____