



**SANATORIO MODELO S.A.**

25 de Mayo 559 / 61  
Tel. (0381 ) 4301305 / 4302005  
(4000) S. M. de Tucumán

# Documento de Información y Consentimiento

Nombre del paciente.....

Nombre de los familiares / terceros.....

Nombre del médico tratante.....

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos que se me realizarán. También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información. (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie)

Por el presente doy mi consentimiento para ser sometido al procedimiento diagnóstico tratamiento o intervención siguiente: **Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica con esfinterotomía y extracción de calculos y/o colocación de drenajes** (prótesis plasticas o metalicas, drenaje nasobiliar, etc.).

Este procedimiento está indicado en los casos de obstrucción de la vía biliar de tipo benigno (cálculos, estenosis postquirúrgicas, pancreatitis crónica, etc.) o maligno (cáncer de páncreas, de la vía biliar, etc.).

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr.:-----

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles. Los riesgos mas destacables son los siguientes:

Al ser un procedimiento medico invasivo, aún cuando se realice con máximo de cuidado implica algunos riesgos inevitables. En particular se me ha explicado que el examen diagnostico puede tener complicaciones. Además, el acto terapéutico endoscópico, es decir la esfinterotomía de la ampolla de vatter, que consiste en una apertura de la desembocadura del colédoco en duodeno, con eventual extracción de cálculos o colocación de drenajes, puede implicar un riesgo adicional de complicaciones.

**Los Riesgos específicos o posibles complicaciones pueden ser: Pancreatitis, Hemorragia, Colangitis y Perforación**

Estas complicaciones ocurren en el 5 a 8% de los pacientes sometidos a este procedimiento endoscópico y puede aumentar ante la presencia de enfermedades crónicas y/o sistémicas subyacentes del paciente así como en las edades extremas. Estas complicaciones se resuelven casi en la totalidad de los casos con tratamiento medico conservador. Solo en caso de graves efectos colaterales puede hacerse necesaria una intervención quirúrgica urgente.

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.



**SANATORIO MODELO S.A.**

25 de Mayo 559 / 61  
Tel. (0381 ) 4301305 / 4302005  
(4000) S. M. de Tucumán

## Documento de Información y Consentimiento

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros especialistas, asistentes y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Fecha:.....

Firma del paciente.....Negativa de recibir información. Firma.....

Firma de familiares o allegados.....Negativa de recibir información. Firma.....

Firma del médico.....