



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:

Estoy de acuerdo que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos 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: – **ENTEROSCOPIA** -

Si Usted padece alguna enfermedad cardiovascular que requiera el uso de antibióticos profilácticos o monitoreo cardiovascular (prótesis valvulares, endocarditis bacteriana previa, malformaciones congénitas, valvulopatía reumática y otras adquiridas, prolapso de válvula mitral con insuficiencia valvular, miocardiopatía hipertrófica) deberá informarlo con anterioridad para poder tomar las medidas necesarias.

La práctica ha sido prescrita o realizada por el Dr.: por causa de:

A continuación se brinda información con relación a mi dolencia (s) y sobre la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo los riesgos específicos.

LOS RIESGOS ESPECÍFICOS O COMPLICACIONES DE ESTE ESTUDIO SON:

-Perforación intestinal, que se produce con una frecuencia de 0.4% y en caso de producirse se requerirá intervención quirúrgica de inmediato.

-Otras complicaciones son: Bacteriemia (paso de bacterias al torrente sanguíneo que se manifiesta por escalofríos) y episodios febriles que pueden requerir internación.

A través de la **videoenteroscopia** se pueden realizar **procedimientos terapéuticos (cirugías) endoscópicas**. Los cuales pueden ser:

1) Plasma-Argón: es la terapéutica hemostática de elección para lesiones que pueden ser causa de sangrado, generalmente de origen vascular. Las complicaciones de este procedimiento son la perforación y la bacteriemia lo cual requerirá internación y eventual cirugía de urgencia.

2) Polipsectomía: consiste en la extracción de pólipos, que son tumores generalmente benignos que crecen en la luz del tubo digestivo y que pueden evolucionar a lesiones malignas.

La polipsectomía se realiza mediante un lazo metálico (anza de polipsectomía) que a través de una fuente de coagulación y corte permite la resección del pólipo

Las complicaciones son hemorragias y perforación que se producen en el 0.7% y el 1% de los casos respectivamente, lo cual puede requerir internación y eventual cirugía de urgencia.

En caso de existir en cualquiera de estos procedimientos terapéuticos dolor abdominal persistente o sangrado luego del alta, el paciente deberá concurrir al servicio de emergencias del Hospital Italiano.

En concreto respecto de mí (s) dolencia (s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes: :

.....:



SANATORIO MODELO S.A.

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

Documento de Información y Consentimiento

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

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativas; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con el que sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico del hospital a quienes 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 a recibir información:

Firma:

Firma de familiares ó Allegados:

Firma:

Negativa a recibir información

Firma:

Firma del médico: